

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 4

De l'Amputation abdomino-périnéale

DU

RECTUM CANCÉREUX

(Étude sur 12 cas personnels)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 12 Novembre 1907

PAR

HENRY RONCHET

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Né à Bourg, le 24 juillet 1881



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, Rue Bellecordière, 14

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 4

De l'Amputation abdomino-périnéale
DU
RECTUM CANCÉREUX

(Étude sur 12 cas personnels)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 12 Novembre 1907

PAR

HENRY RONCHET

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon*

Né à Bourg, le 24 juillet 1881



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, Rue Bellecordière, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT	ASSESEUR.
LORTET	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	}	POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	}	BEAUVISAGE
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique.....	}	MORAT.
Médecine opératoire.....		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	COLLET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	}	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	NEVEU-LEMAIRE	CAVAILLON
PAVIOT.	REGAUD.	PATEL.	LAROYENNE
SAMBUC.	ANCEL.	LESIEUR.	VORON.
COURMONT (P.).	COMMANDEUR.	LEPINE (J.)	NOGIER.
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
VILLARD.	MOREL.		

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. ANCEL et CAVAILLON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Arrivé au terme de nos études universitaires, il nous est particulièrement agréable de remercier ici tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et plus particulièrement ceux sous les ordres desquels nous avons été directement placés pendant notre externat et notre internat.

EXTERNAT

M. A. Pollosson, professeur de clinique de gynécologie.

M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

M. M. Pollosson, chirurgien des Hôpitaux.

M. Villard, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

M. Nicolas, professeur de clinique de dermatologie.

M. Lépine, professeur de clinique médicale.

INTERNAT

M. Clément, médecin honoraire des Hôpitaux, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

M. Chaballier, médecin adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph.

M. Rafin, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

M. Goullioud, chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Joseph.

Nos remerciements vont particulièrement à M. le docteur Goullioud, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale. Nous avons largement mis à profit ses conseils et sa haute expérience de la chirurgie abdominale.

Enfin, nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Poncet de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

La chirurgie du rectum cancéreux, quoique de date relativement récente, a passé par des phases diverses. Les difficultés opératoires, la mortalité toujours importante, les récidives désespérantes du cancer expliquent cette évolution. L'on ne compterait pas, aujourd'hui, les procédés nombreux qui, successivement, furent proposés et rejetés, après une fortune variable. Néanmoins, les noms de Lisfranc (1826), Kraske (1884), Quénu (1897) résument les principales méthodes qui s'imposèrent aux chirurgiens.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que si, chronologiquement, elles se succédèrent ainsi, leurs partisans évoluèrent en même temps, et qu'une méthode détrônait l'autre. Car, même actuellement, des chirurgiens également convaincus se réclament de procédés opératoires différents. C'est dire qu'une méthode unique, s'imposant à tous, n'est pas encore trouvée, et que la meilleure voie d'accès permettant

l'exérèse la plus large du cancer du rectum est encore discutée.

Si nous consultons, en effet, la bibliographie de ces dernières années, nous trouvons plusieurs travaux parus sur ce sujet, émettant des avis différents.

En 1904 paraît l'importante thèse de Manuel de Nancy, sur l'*Extirpation du Cancer du Rectum par la voie combinée*, et préconisant la voie abdomino-périnéale.

La *Revue de Chirurgie* publie, en 1905, un premier mémoire de MM. Goullioud et Faysse (1) en faveur de l'amputation abdomino-périnéale. Un second, en 1906, de Martin du Pan (2) donnant les résultats de la méthode du professeur Kocher et la préconisant; un troisième enfin, en 1907, de MM. Delore et Chalier (3), relatant les résultats obtenus à la clinique du professeur Poncet, et concluant que la méthode de Lisfranc améliorée peut suffire à l'immense majorité des cas.

A Lyon, enfin, M. Villard (4) appelle l'attention sur l'extirpation trans-ale du rectum cancéreux, avec conservation du sphincter, et inspire la thèse de Chardon sur ce sujet (1906).

(1) GOULLIOUD et FAYSSE. — « De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux ». *Revue de Chirurgie*, 1905.

(2) MARTIN DU PAN. — « Contribution à l'étude du Cancer du rectum. Son Traitement ». *Revue de Chirurgie*, 1906.

(3) DELORE et CHALIER. — « De l'Extirpation périnéale des Cancers de l'anus et du rectum ». *Revue de Chirurgie*, 1907

(4) VILLARD. — « De l'extirpation trans-ale du rectum cancéreux avec conservation du sphincter ». Société de Chirurgie de Lyon. — *Lyon Médical*, 1905, t. II.

La voie abdomino-périnéale que nous voulons défendre, est donc loin d'être universellement adoptée comme procédé unique d'ablation du cancer rectal.

Prenant naissance à une époque où les progrès de l'antisepsie permettaient une chirurgie abdominale plus audacieuse, elle a, depuis plus de dix ans, évolué progressivement, s'imposant chaque jour davantage. Depuis que Quénu, au Congrès de Chirurgie de 1897, a exposé les principes désormais classiques de la méthode abdomino-périnéale, les chirurgiens publièrent des observations de plus en plus fréquentes, qui permettaient bientôt de dresser des statistiques de plus en plus favorables.

Par la multiplicité des travaux parus à ce sujet, on voyait la place de plus en plus grande que se faisait la méthode dans la chirurgie abdominale et rectale.

Sans méconnaître les indications à d'autres méthodes dans certains cas, nous pensons que, seule, l'amputation abdomino-périnéale permet une exérèse large, une recherche complète des ganglions distants, et donne le maximum de chances de survie.

Rappelons en quelques mots les temps principaux de cette opération : le malade étant en position de Trendelenburg, on fait d'emblée deux incisions abdominales, l'une pubio-ombilicale, l'autre dans la fosse iliaque gauche. Par cette dernière, on sectionne, entre deux pinces, l'S iliaque, amené au dehors. Le bout supérieur est destiné à faire l'anus iliaque définitif, le bout inférieur fermé est refoulé dans le ventre. Par l'incision abdominale médiane, on libère du péritoine, la portion recto-sigmoïde qui, finalement

est tassée au fond du bassin, séparée des anses frêles par une mèche iodoformée. Entre temps, on a fait la ligature des hypogastriques pour assurer l'hémotase ; on ferme ensuite la paroi abdominale.

Dans un deuxième temps, le malade est placé dans la position de la taille. On procède alors à l'extirpation périnéale du rectum, libéré déjà dans sa portion supérieure. Il est ainsi enlevé comme un segment intestinal clos, entraînant derrière lui, la mèche iodoformée, mise par l'abdomen et qui, devenue périnéale, est laissée comme drainage.

On achève enfin l'opération par l'établissement d'un anus iliaque définitif, en utilisant le bout supérieur de l'S iliaque, sectionné au début du temps abdominal.

Telle est l'opération abdominale puis périnéale qui permet une extirpation aussi large que possible du segment malade de l'intestin.

Ainsi comprise, elle a été pratiquée, jusqu'à ce jour, douze fois par notre maître, M. Goullioud ; onze fois chez la femme avec autant de guérisons opératoires, une fois chez l'homme avec insuccès.

La technique opératoire de Quénu a été, ici, quelque peu modifiée. C'est pour exposer en détail ce manuel opératoire, c'est pour donner les résultats éloignés de toutes nos opérées, que nous nous sommes décidés à publier ce travail sur l'amputation abdomino-périnéale, basé sur l'étude de douze observations personnelles, aussi complètes que possible.

Les travaux de Manuel, Goullioud et Faysse, Quénu, nous ont puissamment aidé dans cette tâche.

Nous diviserons notre sujet ainsi :

CHAPITRE PREMIER. — Historique.

CHAPITRE II. — Observations. Résultats éloignés.
Commentaires.

CHAPITRE III. — Discussion de la méthode.

CHAPITRE IV. — Résultats.

CHAPITRE V. — Manuel opératoire.

CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Avec Lisfranc, en 1826, commence la première période de l'histoire chirurgicale du cancer du rectum. Pour un moment, les opérations uniquement palliatives, dirigées contre les douleurs, l'obstruction intestinale cédèrent le pas à une méthode radicale : l'extirpation périnéale du rectum cancéreux. Dès cette époque elle fut en honneur, surtout en France, non qu'elle fût cependant couramment appliquée, malgré les améliorations qu'y apportèrent Denonvilliers, Verneuil et Kocher. En effet, au Congrès de Copenhague de 1884, Trélat restreignait singulièrement les applications de la méthode ; il n'admettait l'opération radicale que pour « les cancers limités de l'anus ou de l'extrémité inférieure du rectum, quand ils sont bien circonscrits et bien mobiles, absolument bornés aux tuniques de l'intestin, et exempts de toute propagation aux gan-

gliions. » Quant aux cancers du rectum proprement dits, plus ou moins compliqués, il les considérait comme autant de *noli me tangere*, relevant seulement d'opérations palliatives en cas d'accidents.

Les idées de Trélat eurent une certaine influence. Mais la retentissante communication de Kraske, au Congrès de chirurgie de Berlin (1885), en même temps qu'elle marquait une étape importante dans la chirurgie rectale, faisait naître chez les chirurgiens les plus belles espérances. Kraske préconisait la résection partielle du sacrum, comme donnant un jour plus important pour l'ablation des cancers haut situés, jusque-là inaccessibles à d'autres voies. Cette méthode respectait le sphincter, permettant d'espérer ultérieurement une restauration fonctionnelle complète. Mais l'enthousiasme du début tomba vite devant les accidents, résultats de la méthode : prolapsus rectaux, incontinence du sphincter énérvé et privé de ses insertions osseuses, difficulté de réunir après résection partielle de l'intestin, les bouts supérieur et inférieur du rectum. Cela explique les modifications nombreuses proposées par les chirurgiens. Certains étendirent la brèche osseuse (Hochenegg, Bardenheuer, Rose); d'autres firent des résections temporaires du sacrum (Heinecke, Lévy, Rydygier, Billroth, Rehn, Roux). Zukerkandl, au contraire, proposa une méthode parasacrée.

Malgré ces modifications variées, on restreignit de plus en plus les indications de la méthode sacrée de Kraske, et on chercha d'autres voies. Plus hypnotisés par la conservation du sphincter, mais préoc-

cupés seulement de pratiquer une ablation complète en largeur et en hauteur, certains chirurgiens abordèrent le cancer du rectum par la voie combinée, en particulier la voie abdomino-périnéale.

Cette troisième période de la chirurgie rectale ne date que de douze ans environ.

La première observation d'amputation abdomino-périnéale du rectum, paraît être celle de Czerny (1), qui date de 1883. Ayant commencé son intervention par le périnée, il fut ensuite obligé, pour la compléter, de terminer par l'abdomen l'ablation d'une tumeur adhérente.

Gaudier (2) (de Lille), en novembre 1895, puis Chalot, en décembre de la même année, en publièrent chacun un cas, et érigèrent le procédé en méthode. Chalot (3) conseillait, pour assurer l'hémostase, de pratiquer la ligature des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs.

En 1896, Bœckel (4) publie l'observation d'une femme où il fut, par nécessité, secondairement obligé de terminer par la voie abdominale l'opération commencée par la voie sacrée. Ce fut le premier succès publié de la méthode.

En septembre de la même année, Giordano (5), de

(1) CZERNY. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1897, n° 34, p. 780.

(2) GAUDIER. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1896, p. 270.

(3) CHALOT. — *id.*, 1896, p. 310.

(4) BÖECKEL. — *id.*, 1896, p. 646.

(5) D. GIORDANO. — Contributo alle indicazioni della amputazione del retto per il ventre. *Clinica Chir. Milano*, 1896, p. 463-469.

Venise, pratique l'opération sur une femme chez laquelle, inaugurant un procédé qui fut conservé depuis, il fit la ligature des hypogastriques. Il termina par un anus fessier. Sa malade guérit.

Le 4 novembre 1896, Quénu (1) pratiqua, pour la première fois, cette opération dont il devait, par la suite, si bien régler la technique.

Une septième observation est donnée, en juin 1897 par Reverdin (2), de Genève. Son malade mourait le treizième jour.

Tel était l'état de la question au moment où Quénu allait déposer son rapport, sur ce sujet, au Congrès de Chirurgie de 1897.

Sept fois l'opération abdomino-périnéale avait été pratiquée, avec seulement trois guérisons opératoires (Bœckel, Giordano, Quénu). Le succès n'était pas considérable, les résultats peu encourageants. Mais la méthode était à ses débuts, et la technique n'était pas définitivement réglée.

Quénu, dans son rapport, se déclare partisan convaincu de la méthode abdomino-périnéale, et établit son manuel opératoire resté classique, qu'il reproduit dans son traité de la *Chirurgie du Rectum* (3).

Ce faisant, il est guidé par deux idées directrices : 1) asepsie pendant et après l'opération ; 2) économie du sang. S'inspirant des méthodes proposées par Gaudier, Chalot, Giordano, il ne retient d'elles que

(1) QUÉNU. — *Soc. Chirurgie*, 4 nov. 1896.

(2) REVERDIN. — *Bull. et Mem. Soc. de Chir.* 1897, p. 409.

(3) QUÉNU. — *Chirurgie du Rectum*, p. 299.

ce qui paraît excellent à ses yeux. Il a ainsi réussi, par un éclectisme louable, à établir une méthode, sinon très personnelle, du moins précise et presque définitive.

Quoique de date récente (1898) cette technique a été généralement adoptée, modifiée seulement par quelques chirurgiens en certains détails.

Depuis, les observations, assez nombreuses, se succèdent rapidement.

Quénu en publie successivement plusieurs cas. Citons, en 1899, deux cas de Lanelongue (de Bordeaux). La même année, M. Goullioud (1) publie sa première observation. Citons encore, en 1900 et 1901, un cas de Jeannel, deux cas de Faure, deux cas de Jonnesco, un cas de Riche, un cas de Paul Delbet, un cas de Schwartz, un cas, enfin, de Pyle (de New-York).

En 1903, le chirurgien suédois de Bonsdorff (2) en publie une observation.

La même année, M. Durand (de Lyon) enlève avec succès par la voie abdomino-périnéale une très volumineuse tumeur du rectum.

En 1903 également, Gross (de Nancy) en publie trois cas et inspire l'importante thèse de Manuel, qui peut établir, à cette date, pour l'amputation abdomino-périnéale, une statistique basée sur 46 opérations.

En 1904, MM. Ito et Kunika, dans la *Deutsche*

(1) GOULLIOUD. — *Bulletin de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1900.

(2) DE BONSDORFF. — *Centralbl. f. Chir.*, 1903, p. 420.

Zeitschrift, font paraître une étude sur la voie combinée chez l'homme.

MM. Goullioud et Faysse publient, en 1905, dans la *Revue de Chirurgie*, un important travail sur l'amputation abdomino-périnéale.

Enfin, depuis cette date, la question inspire des discussions importantes, soit à la Société de Chirurgie de Paris (Hartmann, novembre 1906), soit à la Société de Chirurgie de Lyon (Goullioud, Tixier, Albertin, 1907), soit à la réunion des chirurgiens de Berlin, 14 mai 1906 (Petermann, Rotter...), soit enfin au récent Congrès de Chirurgie français, 1907 (Goullioud, Tixier...).

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Mme V... — Diagnostic et résumé : Cancer invaginé recto-sigmoïde. — 1^{re} intervention : Résection de l'intestin par voie périnéo-vaginale. — 2^e intervention : Amputation totale du rectum abdomino-périnéale. Guérison.

Mme V..., quarante-huit ans, entre une première fois à l'hôpital Saint-Joseph, le 31 janvier 1899, pour invagination. On sentait, au toucher rectal, une grosse masse polypiforme du volume du poing et on arrivait au delà de la tumeur sur une sorte de pédicule tapissé par la muqueuse saine. M. Goullioud avait déjà constaté cette tumeur trois mois auparavant ; mais, à cette époque, le doigt l'atteignait à peine. Actuellement elle est descendue, au point qu'elle sort parfois par l'anus pendant les plus violents efforts de la défécation.

Cette malade ne présente dans ses antécédents qu'un détail à signaler : celui d'une constipation opiniâtre très ancienne, avec colite muco-membraneuse, qui a peut-être

joué un rôle dans l'étiologie de l'affection actuelle. La constipation a beaucoup augmenté depuis quelques mois ; actuellement la malade a une extrême difficulté pour aller à la selle et, depuis quelque temps, elle a des hémorragies répétées qui l'ont beaucoup affaiblie.

Le 18 février 1899, M. Goullioud intervient. Il fait, par la voie périnéo-vaginale, une entérectomie avec entérorraphie circulaire. Il enlève ainsi une tumeur en champignon, de nature manifestement maligne, recouverte de végétations friables. L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. le Dr Bret, a fait reconnaître un épithélioma cylindrique du rectum, avec distension colloïde de certains tubes épithéliaux.

La malade jouit, pendant quelques mois, d'une santé parfaite. Cependant l'examen de la pièce fit craindre à M. Goullioud de n'avoir pas dépassé suffisamment les limites du mal en arrière. En effet, à un examen pratiqué à la fin du mois de juin, il constatait une saillie suspecte sur la face postérieure de l'intestin en un point que le doigt atteignait à peine.

Une nouvelle intervention fut proposée et acceptée difficilement.

La malade rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Joseph en juillet 1899.

2^e intervention le 18 juillet. — Amputation du rectum par la voie abdomino-périnéale. — La malade étant en position de Trendelenburg, on fait d'emblée deux incisions abdominales : l'une pubio-ombilicale, l'autre correspondant à l'incision de Littre dans la fosse iliaque gauche.

Par l'incision de la fosse iliaque, on amène l'S iliaque au dehors : elle est sectionnée entre deux pinces à entérectomie. Le bout supérieur est coiffé d'une compresse et laissé momentanément en dehors de la plaie iliaque. Le bout inférieur est fermé par un double surjet soigné et refoulé dans le ventre.

On sectionne ensuite le méso-côlon ; le méso-rectum est détaché entre une double rangée de pinces que l'on remplace

par des ligatures. On va ainsi jusqu'au fond du cul-de-sac péritonéal, où l'on sent profondément une petite tumeur peu mobile. Toute la portion libérée de l'intestin est tassée au fond du bassin et l'on met par-dessus une mèche de gaze iodoformée étalée sur les parties cruentées. La paroi abdominale est fermée par trois plans de sutures.

La malade est mise ensuite dans la position de la taille. Incision de Lisfranc et fermeture de l'anوس avec une pince de Kocher. Le rectum est libéré de ses attaches et enlevé en entier. La mèche de gaze iodoformée, mise par l'abdomen, est attirée en bas et laissée *in situ*.

Quelques points de suture reconstituent en partie le périnée au-dessous du vagin. Enfin, on achève l'anوس artificiel en suturant, comme d'habitude, le bout supérieur de l'S iliaque à l'incision de Littré.

Durée de l'opération : deux heures, pendant lesquelles on a fait des injections de sérum.

Examen de la pièce. — L'intestin amputé mesure 36 centimètres sur sa paroi postérieure, dont 18 de la tumeur à l'anوس. Quant à la tumeur récidivée, elle consiste en une masse saillante, mais sessile, du volume d'une petite noix, rappelant l'aspect de la tumeur primitive.

A noter que l'entérorraphie n'a pas créé de sténose intestinale à son niveau. Plusieurs petits ganglions étaient appendus à l'intestin.

Suites opératoires. — Ont été simples. La malade quitte le service le 13 août, avec une plaie presque cicatrisée. — L'anوس artificiel fonctionne bien. — A signaler ici ce détail curieux : au moment d'aller à la selle, la malade a quelquefois, du côté de l'ancien anus, une sensation de besoin.

Cette malade a été revue à diverses reprises, allant bien, mais attristée au début par l'infirmité d'un anus artificiel — Elle a repris ses occupations antérieures ; l'état général est bon.

30 octobre 1901. — La malade vient se montrer. Va très bien. Elle est encore réglée. Ayant eu quelques rapports avec son mari, elle craint une grossesse. Examen génital négatif.

24 juin 1903. — Excellent état. Ne se plaint que d'être constipée, mais elle l'a toujours été. Il s'écoule parfois plusieurs jours sans qu'il y ait une évacuation par son anus iliaque. Elle est obligée de prendre fréquemment des laxatifs. Les gaz s'échappent très rarement avec bruit. L'orifice anal artificiel est au centre d'une hernie. On conseille le port d'un bandage à pelote avec ressort élastique anglais.

21 janvier 1907. — Va admirablement bien. Mène une vie très active. Porte son bandage herniaire avec pelote insufflée qui maintient son anus et une hernie sous-jacente. Ne va guère à la selle que tous les quatre ou cinq jours. Elle prend le soir deux Cascarines Leprince. Le lendemain matin elle a, en l'espace d'une heure, trois ou quatre selles. Elle est prévenue par des coliques qui lui font prendre ses dispositions. Les autres laxatifs, comme l'huile de ricin, ont des inconvénients; la malade n'est pas prévenue de l'apparition des selles, et celles-ci se prolongent plus longtemps. Les gaz ne la gênent pas, elle les sent venir; en bougeant elle peut dissimuler un bruit léger. Elle n'éprouve plus, comme au début, de sensations anales, lorsqu'elle éprouve le besoin d'aller à la selle. Rapports génitaux rares, mais sans difficulté. Ménopause depuis deux ans.

En somme, résultat aussi satisfaisant que possible.

Dans ce cas, il s'agissait d'un cancer invaginé de l'anse recto-sigmoïde, qui était descendu jusqu'à l'anus. Les douleurs, la constipation opiniâtre, les difficultés de la défécation qui s'accompagnait de l'expulsion de sa tumeur, les hémorragies rendaient une intervention nécessaire.

Une première intervention conservatrice, avec exérèse de la tumeur et entérorraphie circulaire par voie vagino-rectale, donna, au bout de quelques mois, une récurrence, mais permit à la malade de se remonter et de supporter ultérieurement l'amputation adomino-périnéale du rectum.

Cette malade est actuellement sans récurrence huit ans après sa première opération (février 1899).

Son histoire est très intéressante, parce qu'ancienne et fertile en renseignements. On y voit, tout d'abord, l'insuffisance de la première opération conservatrice, puis l'excellent résultat d'une amputation abdomino-périnéale.

Nous retrouvons cette malade, huit ans après, en état parfait de santé, menant une vie très active, et ayant su régler ses selles pour n'être plus incommodée par le fonctionnement régulier de son anus iliaque.

Il est à souhaiter que toutes les interventions de même nature soient aussi heureuses. La chirurgie du cancer du rectum ne serait pas si décevante pour les chirurgiens, ni souvent si triste en résultats pour les malades, même chez ceux qui survivent.

OBSERVATION II

Mme P... — *Diagnostic et résumé : Cancer de l'ampoule rectale. Amputation totale du rectum par la voie abdomino-périnéale, avec ligature des hypogastriques. Guérison.*

Mme P..., 53 ans, de Bourg-Argental (Loire), entre, le 28 avril 1902, à l'hôpital Saint-Joseph, pour douleur à l'an

et dans tout le ventre pendant la défécation, méloena et constipation.

Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux.

Mariée à 29 ans ; mari bien portant.

Trois enfants vivants et en bonne santé ; un mort de méningite, un autre d'affection indéterminée.

Il y a un an, environ, que la malade, très constipée, souffre en allant à la selle, et s'est aperçue qu'elle avait parfois du sang dans ses matières. Depuis six mois, elle a par moment des hémorragies rectales en dehors des selles. Elle se plaint, en outre, d'être toujours très constipée et de souffrir d'une façon très vive au moment de la défécation. Les selles continuent à s'accompagner d'hémorragie.

Au toucher rectal, on sent une tumeur du volume d'une noix environ, bien limitée sur la paroi postérieure du rectum, facilement accessible au doigt. Elle paraît mobile. Elle est traversée par une large fissure médiane et verticale. Elle tend à se pédiculiser dans l'ampoule rectale, en ce sens qu'il existe au-dessous de la tumeur une sorte de sinus. La tumeur étant refoulée par le doigt, son bord inférieur est à dix centimètres environ de l'anus.

Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Urine claire, albumineuse, sans sucre.

Opération par M. Goullioud (2 mai 1902). — En présence de ce cas, très favorable, M. Goullioud hésite entre quatre méthodes : 1^o la méthode périnéale de Lisfranc ; 2^o la méthode sacrée de Kraske ; 3^o la méthode abdomino-périnéale, amputation totale ; 4^o la méthode abdominale, résection par l'abdomen. Finalement, il se décide pour la voie abdomino-périnéale, parce qu'elle assure une guérison plus radicale avec un moindre risque que le Kraske.

Anesthésie à l'éther sans incidents. L'anesthésie a été suspendue pendant le temps abdominal, sans laisser réveiller la malade cependant.

1^{er} temps. — Laparotomie. Incision ombilico-pubienne.

Ligature des hypogastriques, très facile chez cette femme grasse et au ventre distendu; deux minutes pour chaque ligature; incision du péritoine au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive; à droite, on récline en dehors l'uretère, très visible; à gauche, on le récline en dedans. C'est un tort, parce qu'en détachant le méso-rectum, il a fallu s'en préoccuper. Les ligatures sont faites au catgut Répin.

Incision iliaque gauche, juste pour laisser passer l'S illiaque. Transfixion de son méso. L'S iliaque est saisie entre deux pinces languettes de Kocher, séparée l'une de l'autre par un bon centimètre. Section aux ciseaux entre elles. Le bout supérieur est laissé termé par la pince de Kocher. Le bout inférieur est fermé par trois plans de suture: les deux premiers avant l'ablation de la pince de Kocher, le troisième après. Ce bout inférieur est alors rentré dans le ventre.

Par l'incision abdominale, on détache tout le méso et la graisse sous-jacente. Pincement, puis ligature vers le promontoire du bout du méso, renferment l'hémorroïdale supérieure. Quelques ligatures veineuses sur l'intestin à réséquer.

On sectionne ensuite le péritoine autour du gros intestin dans le Douglas, un large lambeau restant adhérent à la pièce. Pincement et ligature d'un ligament, allant du rectum à la paroi pelvienne latérale et renfermant probablement les hémorroïdales moyennes.

L'intestin, ainsi bien isolé, est repoussé et tassé au fond du bassin avec une mèche de gaze iodoformée.

On met deux points de suture sur le péritoine sous le promontoire. L'utérus retombe sur la mèche pelvienne.

Suture complète de la paroi abdominale à trois plans.

2^e temps. — Fixation de l'anus iliaque terminal. Douze points séro-séreux réunissent la séreuse viscérale à la séreuse pariétale de l'orifice.

Quelques points muco-cutanés, au catgut chromique. Dans le but de prévenir le prolapsus intestinal, on fait un

orifice très peu large. Peut-être aurait-il mieux valu pour cela mettre deux points réunissant l'aponévrose abdominale à l'intestin.

Pansement de gaze collodionnée sur la suture de la laparotomie, laissant en dehors l'orifice iliaque.

3^e temps. — La malade est mise dans la position de la taille. On lave la région anale et péri-anale à l'éther.

Incision ovale verticale circonscrivant l'anus, qu'on ferme avec deux pinces de Kocher superposées.

On décolle le rectum des muscles périnéaux. C'est le temps qui donne lieu au plus fort écoulement de sang. Ceci montre bien le bénéfice de la ligature des hypogastriques et de l'hémoroïdale supérieure.

Bientôt on arrive à la partie décollé par l'abdomen. On amène l'intestin au dehors et on achève l'isolement de celui-ci, le plus en dehors possible sur le côté de la tumeur. Quelques ligatures.

Abaissement de la mèche de gaze iodoformée laissée par l'abdomen.

Quelques points de suture sur le périnée pour diminuer la brèche ; celle-ci est bien drainée par des mèches de gaze iodoformée.

Sonde de Pezzer qui permet de faire un pansement de la plaie périnale.

Durée de l'opération : près de deux heures. Pendant l'opération un demi-litre de sérum, et deux litres dans la soirée

Examen de la pièce après un séjour de cinq jours dans le formol. — La pièce, qui avait 27 centimètres, n'en a plus que 17. Le néoplasme siège à 8 centimètres de l'anus. Il a cinq centimètres de longueur, sur quatre de largeur. Le néoplasme se présente sous forme d'une ulcération indurée, comme traversée par une large fissure. Aucun autre point malade sur l'intestin.

Sur la face profonde de l'intestin se trouve une couche

épaisse de tissu cellulaire; c'est, en somme, le tissu cellulaire du méso-rectum et du méso-iliaque. On trouve des ganglions soit sur les côtés correspondant à la tumeur, soit à la partie du méso-rectum.

De chaque côté de la pièce, on voit deux lambeaux péritonéaux de plusieurs centimètres de longueur, correspondant au péritoine de cul-de-sac de Douglas. Ceci permet de voir que la tumeur siégeait dans la portion rectale non recouverte de péritoine, mais à la limite de celle-ci. En faisant une opération incomplète, on aurait pu enlever la tumeur sans toucher au péritoine.

Suites opératoires. — Ont été très simples. On a enlevé les fils et fait le premier pansement le dixième jour. Le 3 juin 1902, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

Novembre 1903. — La malade écrit qu'elle va très bien.

5 mai 1904. — Sur notre demande, elle nous écrit « qu'elle va aussi bien que possible ».

L'examen histologique de la tumeur confirme l'examen clinique et montre un cancer du rectum.

26 janvier 1907. — Le Docteur Guyotat, de Bourg-Argental, donne sur notre malade les renseignements suivants : « Les résultats de l'opération m'ont paru excellents. Cette personne, que j'ai vu à plusieurs reprises, était dans un état général satisfaisant : l'appétit est bon, les digestions sont bonnes, mais la malade est constipée, l'anus iliaque fonctionne régulièrement. Bref la situation était assez bonne, la malade pouvait vaquer aux occupations de sa maison, lorsqu'elle tomba malade en janvier 1907, et fut emportée par une broncho-pneumonie infectieuse; je ne crois pas à une récurrence du néoplasme, car en octobre 1906, j'avais vu Mme P... très contente; elle avait même repris 2 ou 3 kilogs dans l'année ».

Il s'agissait là d'un cas très favorable. Le résultat

fut excellent. Les troubles fonctionnels s'amendèrent, disparurent très rapidement. On pourrait soutenir que cette malade était bien plutôt justiciable d'un procédé moins complexe, plus conservateur. Mais d'autres malades, dont nous publions l'observation (Observ. IV), chez qui on crut devoir faire une conservation sphinctérienne, eurent des récurrences ultérieures. Du reste M. Goullioud eut des survies remarquables avec des procédés autres dont il admet les indications, mais il reconnaît que restreindre les indications de l'amputation abdomino-périnéale, c'est se préparer plus de déboires que de succès, « l'exérèse la plus large possible donnant des chances très réelles de guérison dans les cas où l'on peut raisonnablement l'espérer ».

Notre malade a donc largement et assez longtemps bénéficié d'une intervention radicale, et sa mort, 4 ans et demi après son opération, d'une broncho-pneumonie infectieuse, doit être considérée comme un accident indépendant. Au point de vue statistique, nous rangerons notre malade dans les cas sans récurrences.

OBSERVATION III

Mme B... Diagnostic et résumé: Cancer de l'anse recto-sigmoïde: 1° Occlusion intestinale, anus contre nature; 2° Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale; 3° Tumeur de l'ovaire, ovariectomie. Guérison.

Mme B..., quarante-huit ans, ménagère dans un village près de Lyon, est envoyée d'urgence à l'hôpital Saint-Joseph,

le 8 février 1903, pour une obstruction intestinale. M. Goullioud, appelé, dut intervenir aussitôt, un dimanche soir, en créant un anus contre nature sus-pubien.

La malade racontait qu'elle avait une constipation opiniâtre; que, depuis un mois surtout, son état s'était aggravé; qu'à deux ou trois reprises, les selles s'étaient suspendues pendant plusieurs jours, pendant qu'apparaissaient du ballonnement et des vomissements. Des lavements avaient amené d'insuffisantes débâcles et un peu de soulagement.

Cette fois, l'état était grave, le ballonnement du ventre considérable, le pouls petit à 120. C'était tout à fait là l'histoire de l'obstruction par cancer sténosant du côlon ou de l'S iliaque. M. Goullioud fit une incision médiane pour confirmer ce diagnostic et préciser le siège du néoplasme, si possible. Il arrivait bientôt à un cœcum distendu et, la main introduite dans les fosses iliaques n'ayant rien révélé, il se hâta d'établir, sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, une fistule stercorale, sans autre suture qu'une suture séro-séreuse.

Il fallut plusieurs jours pour que le ballonnement disparût et partiellement, d'ailleurs.

Après quatre semaines, un examen nouveau ne révéla qu'une chose : au toucher recto-vaginal, on sentait profondément une induration lointaine qu'on pouvait croire être le néoplasme supposé.

6 mars 1903. — *Seconde opération. Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale.* — Les conditions opératoires sont difficiles : ventre gros, énorme couche adipeuse, anus sus-pubien déversant des matières liquides.

Après avoir légèrement tamponné et collodionné cet orifice, et la malade étant inclinée sur le côté droit, M. Goullioud fait une laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit du côté gauche.

Une anse énorme, formée par l'S iliaque, se présente aussitôt et fait hernie hors du ventre ; ce qui montre qu'une

entérostomie sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle n'amène pas l'affaissement du gros intestin.

La main, plongée dans le bassin, sent profondément, derrière l'utérus, dans la concavité sacrée, une tumeur peu mobile et cependant non adhérente, ayant un méso-libre, mais infiltré d'une graisse dure et friable.

On ne peut amener la tumeur à la plaie ; le gros intestin, encore en obstruction limitée, tardive, ne se prête pas à une entérostomie au fond du pelvis.

On doit donc faire une amputation totale de l'extrémité inférieure du gros intestin, pour enlever la tumeur sans trop de risques.

1^{er} temps abdominal. — On sectionne l'S illiaque entre deux pinces de Kocher et on ferme avec soin le bout inférieur à 2 plans ; le bout supérieur est mis dans l'angle supérieur de la plaie.

Le méso de l'angle recto-sigmoïde est ensuite sectionné au ras du sacrum entre deux rangées de pinces, puis de ligatures. L'hypogastrique gauche, qui se présente dénudée, est liée en passant. L'adhérence de l'intestin grêle au-dessus du pubis rend difficile l'accès de l'hypogastrique droite ; aussi on ne la lie pas.

On sectionne, par l'abdomen encore, le péritoine, au-dessous de la tumeur, dans le Douglas.

L'intestin, ainsi détaché, est tassé dans le bassin et recouvert d'une grosse mèche de gaze iodoformée.

2^e temps périnéal. — L'anus isolé, fermé par une pince, est largement circonscrit par l'incision de Lisfranc ; les adhérences périnéales du rectum sont détachées ; puis on attire le gros intestin isolé et la gaze iodoformée mise par l'incision abdominale. Celle-ci est laissée comme membrane d'occlusion et mèche de drainage du bassin.

Dans un *3^e temps*, la plaie de la laparotomie est fermée et un anus iliaque terminal établi en son milieu.

Le malade a peu de choc, grâce à l'anesthésie discontinue

et au sérum. Elle a donc maintenant un anus sus-pubien et un anus iliaque; le premier devra être fermé ultérieurement s'il tarde à guérir spontanément.

Examen de la pièce. — L'intestin enlevé mesure 59 centimètres de longueur : de la tumeur à l'anus, 27 centimètres; de la tumeur à la section de l'S iliaque, 23 centimètres; longueur de la tumeur, 9 centimètres.

L'intestin est d'abord distendu comme dans les occlusions aiguës, puis il a un rétrécissement allongé, fusiforme, qui ne laisse pas passer une sonde de femme. Celle-ci est arrêtée dans une petite cavité centrale par deux ou trois pépins de fruits et des lamelles dures, moulées sur cette cavité, rappelant l'aspect d'écailles d'huître, simples concrétions, semble-t-il.

Le méso enlevé, assez important, renferme de nombreux ganglions.

La nature cancéreuse a été confirmée par l'examen histologique, dû à l'obligeance de M. le Dr Chevassu, sous-directeur de l'Ecole de Santé.

Suites opératoires. — Ont été simples : la malade s'est remontée rapidement. A noter seulement que l'intestin distendu et malade laissa, au niveau des points muco-cutanés de l'anus iliaque, filtrer des matières dans la couche adipeuse; d'où désunion partielle de la plaie.

La malade quitta le service le 6 juin 1903. A ce moment, l'anus médian s'était cicatrisé spontanément. La plaie latérale était presque cicatrisée, avec, au milieu, un anus terminal fonctionnant bien.

La plaie périnéale était représentée par une petite dépression moins grosse qu'une noix. Bon état général.

8 mai 1904. — La malade entre de nouveau dans le service pour tumeur abdominale. Il s'agit d'une grosse tumeur, remontant presque jusqu'aux fausses côtes du côté droit. Elle est fixée; en dedans, elle est de consistance un peu molle, fluctuante; en dehors, elle est dure.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements; il montre seulement que la tumeur est immobile. Il s'agit probablement d'une tumeur liquide ou solide de l'ovaire.

L'opération fut faite le 20 mai et s'exécuta dans des conditions particulièremens difficiles. La tumeur, très volumineuse, était adhérente à toute la masse intestinale et, de plus, une partie de l'intestin grêle passait en sautoir au-dessous d'elle pour aboutir à l'anus sus-pubien.

On parvint cependant, en avançant prudemment, à libérer et à extirper la tumeur sans blesser l'intestin.

On termina en faisant la cure radicale de l'anus sus-pubien; l'ouverture intestinale fut suturée à trois plans à la soie et au catgut Repin.

Examen de la pièce.— Il s'agit bien d'une tumeur ovarienne, formée de parties solides et de parties liquides. Le tissu est tantôt dur, tantôt mou, semblable à du cancer encéphaloïde. Les cavités kystiques sont remplies d'un liquide séreux, dans lequel baignent des débris végétants du néoplasme.

Il est intéressant de se demander s'il s'agit dans ce cas d'une tumeur primitive de l'ovaire ou d'une généralisation à l'ovaire du cancer du rectum.

Voici, à ce sujet, les résultats de l'examen histologique :

Il s'agit bien d'une tumeur à proprement parler ovarienne et sans rapport avec la tumeur intestinale antérieure. Cette tumeur est un épithélioma. Les formations épithéliales constituent des cavités irrégulières, hérissées de bourgeonnements papillaires, et émettant à leur surface des prolongements creux tubuliformes.

L'épithélium est cylindrique, très haut, formant souvent un revêtement à plusieurs couches. En certains points, il devient métatypique. Le stroma est formé de tissu connectif lâche; il est peu abondant.

En somme, épithélioma ovarien.

24 juin 1904. — La malade part aujourd'hui, complètement guérie.

23 juin 1905. — La malade revue, a repris 15 kilos depuis l'année dernière. Il y a trois semaines, elle a une perte. A l'examen, on sent au niveau de son ancien anus, une induration suspecte. Ventre parfait.

24 juillet 1905. — On constate une petite récidue anale. M. Goullioud pense faire une large exérèse de la région anale, et de l'utérus, mais il y renonce devant l'état de la malade.

Celle-ci succombe peu après le 26 août 1905.

M. Goullioud, en publiant cette observation, en 1905, dans la *Revue de Chirurgie*, la faisait suivre de ces commentaires,

« Nous nous trouvions donc ici en face d'une obstruction intestinale aiguë, que nous dûmes opérer d'urgence. Un mois après, la malade étant sauvée de ce danger imminent, nous nous décidions à enlever sa tumeur : cancer sténosant de l'anse oméga ; et nous réséquions par la voie abdomino-périnéale 59 centim. d'intestin.

« Plusieurs points sont à noter dans cette observation. Nous ferons remarquer tout d'abord que l'anus artificiel, établi lors de l'opération d'urgence, n'avait pas *dégonflé* le gros intestin ; nous pûmes, en effet, constater à la seconde intervention que celui-ci était énorme, très distendu. Ceci nous montre donc que l'anus artificiel sur l'intestin grêle est insuffisant pour amener une désobstruction complète.

En second lieu, l'anus primitif étant sur la ligne médiane, nous fûmes obligé de faire une laparotomie

latérale gauche, en dehors du muscle grand droit. C'était là une nouvelle difficulté, que rendaient plus sensible encore la corpulence de la malade et l'énorme couche adipeuse de sa paroi abdominale.

Enfin, nous avons revu cette opérée à l'occasion de ce mémoire, et nous avons constaté chez elle l'existence d'une tumeur kystique de l'ovaire. L'intervention fut extrêmement difficile, car il s'agissait d'une tumeur adhérente dans le pelvis et à l'intestin. Malgré cela, l'opération fut suivie de succès ».

Malheureusement, ce succès ne fut pas de longue durée, car la malade succombait 13 mois après son ovariectomie, mais les trois interventions successives lui avaient donné 2 ans et 3 mois de survie, presque inespérés, puisque dès le début, elle s'était présentée dans un état d'obstruction intestinale grave qui ne permettait alors qu'une opération palliative. L'apparition secondaire chez cette malade, d'un néoplasme ovarien n'est pas un fait absolument exceptionnel. Il est, en effet, relativement fréquent de trouver des tumeurs malignes des ovaires au cours de l'évolution des cancers viscéraux. Quelle filiation y a-t-il entre cette double évolution cancéreuse? Ce problème, quoique en dehors de notre sujet, ayant fait l'objet d'une étude spéciale de notre maître, M. Goullioud (1) nous tenons à en dire deux mots. Dans ce cas (ovariectomie faite 14 mois après l'ablation d'un cancer

(1) GOULLIoud. — Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires. *Lyon Médical*, mars 1907.

sténosant de l'S iliaque), l'examen histologique concluait à un épithélioma ovarien sans rapport avec la tumeur intestinale antérieure. S'agit-il de l'évolution indépendante d'une tumeur ovarienne, ou bien d'une tumeur métastatique du cancer intestinal sur l'ovaire ? Le problème est difficilement soluble par l'histologie. « On a peine, en effet à admettre l'évolution si fréquente de deux cancers simultanément ou presque dans la cavité péritonéale sans qu'il y ait aucun lien pathogénique entre eux » (Goullioud). L'interprétation peut-être la plus satisfaisante est celle proposée par M. Tripier (1). « Il n'y aurait pas, suivant cet auteur, dit M. Tolot (2) de généralisation à proprement parler, c'est-à-dire, que le noyau dit de généralisation ne serait pas dû au transport d'éléments cellulaires de la tumeur primitive, mais proviendrait de l'impression des cellules de l'organe, siège de la soi-disant métastase, par le liquide plasmatique issu de la tumeur primitive, ce qui explique que les métastases ressemblent, en général, à la tumeur primitive, mais permettent en même temps de concevoir qu'il puisse y avoir, comme cela s'observe souvent, de notables différences entre les deux ».

M. Goullioud est persuadé que chez notre malade, il s'agissait d'une récurrence métastatique. Le cancer généralisé, en se développant sur l'ovaire, évoluerait

(1) TRIPIER. — Traité d'anatomie pathologique, p. 922.

(2) Cité dans le travail de M. Goullioud. *Lyon Médical*, mais 1907.

d'une façon spéciale, avec la tendance kystique de toutes les tumeurs ovariennes.

Il en est, d'ailleurs ainsi macroscopiquement, puisque le cancer primitif de l'ovaire est un cancer kystique, il est tout naturel que le cancer secondaire évolue dans le même sens.

D'ailleurs, la solution de cette question est trop en dehors de notre sujet pour y insister davantage.

Nous concluons seulement à la récidive métastatique de la tumeur intestinale.

OBSERVATION IV

Mlle J. . . — Diagnostic et résumé : Cancer de la paroi antérieure du rectum; première intervention en 1902 : Entérectomie par voie vagino-ischio-rectale. Récidive en 1903, seconde intervention : Amputation du rectum par voie abdomino-périnéale. Antérieurement, en 1899, hystérectomie abdominale totale pour fibrome. — Guérison.

Mlle J. . . , 51 ans, rentre pour la quatrième fois à l'hôpital Saint-Joseph le 26 novembre 1903.

Cette malade a déjà subi, le 3 mars 1899, une hystérectomie abdominale totale pour fibrome (poids : 1 kg 240), suivie, le 27 septembre 1899, d'une cure radicale d'une poche d'éventration.

Elle revint, en mai 1902, pour cancer de l'ampoule rectale bas situé. M. Goullioud voulut conserver le sphincter et aborda la tumeur par la voie vagino-ischio-rectale. Après avoir incisé la paroi postérieure du vagin, il fit sauter le périnée et prolongea latéralement l'incision dans le creux ischio-rectal gauche. Le rectum fut décortiqué au doigt le plus loin possible ; cette manœuvre fut rendue difficile par la

présence d'adhérences nombreuses, en rapport avec l'hystérectomie antérieure.

Une fois le rectum bien libéré, la tumeur fut isolée avec des pinces Goullioud et réséquée. On termina par une entérorraphie circulaire par deux plans continus de suture à la soie, avec de nombreux points de renforcement.

L'opération se fit correctement; malheureusement, il y eut suppuration. On fut obligé de débrider comme dans une fistule anale; le sphincter fut sectionné et la malade perdit ainsi le bénéfice de l'opération conservatrice.

Pendant 14 mois, la malade alla bien; elle ne perdait ses matières que lorsqu'elle avait de la diarrhée; l'état général était parfait et elle avait pu reprendre son travail.

Enfin, elle rentre de nouveau aujourd'hui pour hémorragies rectales. Celles-ci, qui existaient déjà au mois de mai 1903, mais étaient rares et insignifiantes, sont devenues plus abondantes depuis 1 mois 1/2, et se montrent même en dehors des selles. La malade souffre un peu dans le dos et éprouve une sensation de pesanteur au niveau de l'anus. Son état général se maintient excellent.

Toucher rectal : on sent une ulcération néoplasique très nette, un peu au-dessus de l'anus. Cette ulcération siège surtout sur la face postérieure et il semble qu'il y ait une certaine distance en avant entre la tumeur et la paroi vésicale; celle-ci, sur les côtés, doit être bien proche du rectum, par suite de l'absence d'utérus.

L'induration néoplasique a encore une certaine mobilité. L'opération est donc décidée.

4 décembre 1903. — *Opération. Amputation abdomino-périnéale.*

1^{er} temps. — Laparotomie ombilico-pubienne. Par suite de l'absence d'utérus entre les voies urinaires et le rectum, la vessie a glissé en arrière et forme un voile en croissant au-dessus d'une dépression recto-vésicale, dont le fond correspond au petit dôme du vagin atrophie.

Incision latérale gauche, à travers laquelle on fait passer l'S iliaque. Section de celle-ci au thermo-cautère entre deux pinces. Le bout inférieur est fermé en cul-de-sac par deux plans de suture à la soie. Ce segment ainsi exclu est libéré peu à peu de ses attaches péritonéales. Comme cette portion d'S iliaque paraît trop longue pour être enfouie, recouverte d'une mèche, dans le petit bassin, on en résèque 25 centimètres. De cette façon, on peut repéritoniser facilement; pour cela, on profite de la vessie dont le péritoine est peu adhérent, pour faire, avec le reste du méso de l'anse recto-sigmoïde, une sorte de voile allant du pubis au promontoire, voile recouvrant la mèche de gaze iodoformée tassée dans l'excavation au-dessus du rectum.

La péritonisation est laissée incomplète, intentionnellement; ce ne sont que quelques points séparés de rapprochement. Ils ont pour but d'empêcher les anses intestinales grêles de trop descendre dans le bassin et de venir adhérer trop largement à la mèche de gaze. Les risques d'obstruction intestinale sont ainsi diminués.

Suture de la paroi en un seul plan.

2^e temps. — Etablissement de l'anus iliaque.

Neuf points séro-séreux au fil de soie fin; six points cutanéomuqueux et deux ou trois au-dessus et au-dessous sur la peau seule.

3^e temps. Temps périnéal. — Incision double, ovale, circonscrivant largement l'anus. Celui-ci, en effet, est irrégulier, balafré, cicatriciel, et nécessite une exérèse large comme la paume de la main.

En avant, on emporte, à dessein, presque toute la paroi postérieure du vagin, sauf une petite languette à la vulve, qui échappe aux ciseaux, et une autre, dans le fond, à la terminaison du conduit. Le rectum est détaché de ses adhérences; on retrouve la vessie aux confins des fosses ischio-rectales. Un cathéter permet de se rendre compte qu'elle n'a pas été lésée.

En arrière, la tumeur adhère au plan osseux. On taille largement, et le coccyx est réséqué, en faisant à mesure l'hémostase; on lie notamment la sacrée moyenne.

Quand l'extirpation est terminée, il reste une vaste brèche, au fond de laquelle se voit la mèche introduite par l'abdomen.

Cinq pinces sont laissées à demeure et la plaie tamponnée à la gaze iodoformée. Suture de la commissure postérieure, sur une étendue de quelques centimètres, pour faire un plancher au pansement.

Sonde à demeure dans la vessie.

Durée de l'opération : 2 heures.

Un litre de sérum, pendant l'opération.

Examen de la pièce. — On ouvre le rectum, en sectionnant sa paroi antérieure, de façon à découvrir et à étaler la muqueuse. On voit, immédiatement au-dessus de l'anus, deux grosses ulcérations bourgeonnantes en chou-fleur, chacune de la dimension d'une pièce de 2 francs.

A 4 centimètres au-dessus des ulcérations; on voit une petite végétation, grosse comme un grain de riz, et qui doit être le fait d'une greffe néoplasique.

En arrière, on sent toute une partie indurée, du volume d'une grosse noix, qui s'étend sans limites précises, et est constituée par les tissus que la tumeur a envahis.

Longueur de l'intestin réséqué : 35 centimètres.

Suites opératoires. — Les mèches ont été enlevées le cinquième et le dixième jour. La plaie est infectée et suppure abondamment. Grands lavages au permanganate.

Pas de miction spontanée. Un peu de température et de subdélire.

24 décembre. — Amélioration sensible; la plaie a meilleur aspect. La malade se sent mieux; elle urine seule. L'appétit revient. L'anus artificiel fonctionne bien.

A partir de ce moment, la malade a continué à bien aller. La plaie s'est cicatrisée très lentement.

Finalement, la malade quitta le service au mois d'avril, conservant une sorte de vulve périnéale, formée par ce qui reste du vagin et du périnée.

Pendant seize mois, la malade a joui d'un bon état de santé; elle avait eu l'idée heureuse de ne révéler à personne l'opération qu'elle avait subie. Elle a donc continué pendant seize mois, ayant un anus iliaque, à exercer sa profession de domestique sans que l'on se doutât de son infirmité !

Avril 1905. — La malade est revue dix-sept mois après l'amputation abdomino-périnéale. A l'examen, on constate l'existence d'une récurrence profonde. On tenta même d'enlever le noyau de récurrence périnéal, mais on dut y renoncer.

On se contenta de faire, à titre palliatif, une périnéorraphie pour soutenir la vessie qui restait le seul viscère occupant le bassin.

La malade continua à souffrir et mourut fin septembre 1905, soit 3 ans et 4 mois après la première intervention sur son cancer rectal.

Dans ce cas, nous voyons l'insuffisance d'une première intervention limitée. Celle-ci avait paru possible en raison de l'état des lésions qui, semblait-il, étaient faciles à circonscrire. Or, une entérectomie sus-sphinctérienne par voie vagino-ischio-rectale avec entérorraphie circulaire à trois plans, malheureusement suivie d'un débridement du sphincter ultérieur rendu nécessaire, ont d'abord donné un résultat immédiat mauvais, puis une récurrence dix-sept mois après.

Le mauvais résultat doit être attribué à l'opération conservatrice, qui voulait respecter le sphincter. A ce sujet, nous ferons remarquer que Martin du Pan

(*Revue de Chirurgie*, 1906) insiste sur ce point que, pour une entérectomie avec conservation du sphincter, il importe, pour que la réunion des deux bouts se fasse sans fistule, que ces deux bouts soient pourvus de péritoine, c'est-à-dire qu'ils appartiennent au colon pelvien plutôt qu'au rectum ; dans notre cas, au contraire, l'entérectomie fut faite en plein tissu pelvien.

La récédive constatée dix-sept mois après l'intervention, fit risquer, comme dernière tentative, une amputation abdomino-périnéale. Cette opération, en raison des interventions multiples subies par la malade, absence d'utérus, tissus cicatriciels, fut particulièrement difficile. Quoique faite dans ces conditions défavorables, la malade, guérie 4 mois après, vécut encore une année, avec une survie totale de trois et quatre mois après la première opération pour son cancer.

OBSERVATION V

Mme B... — Diagnostic : Cancer ulcéré et annulaire du bas de l'ampoule rectale avec adhérence à la paroi vaginale postérieure, au voisinage du col. Utérus fibromateux. Amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie subtotale. Guérison.

Mme R..., 47 ans, entre le 23 décembre 1903 pour tumeur du rectum.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, bonne santé habituelle. Régliée à 14 ans, toujours régulièrement. Mariée à 26 ans ; deux enfants bien portants ; un autre mort en venant au monde.

L'affection actuelle a débuté, il y a quatorze mois, par des difficultés pour aller à la selle. Les faux besoins étaient extrêmement fréquents : toutes les 5 à 20 minutes le jour, 10 à 12 fois la nuit. Chaque selle se terminait, au prix de douleurs et d'épreintes très violentes, par le rejet de quelques glaires. La malade se sentait alors soulagée.

Très souvent, hémorragies et rejet de « morceaux de chair ». Depuis quatorze mois, l'état de la malade n'a pas changé ; les symptômes sont les mêmes et restent aussi accusés. Depuis deux mots, la malade garde le lit, la station debout et assise étant devenue impossible.

Actuellement, elle va à la selle huit fois la nuit et tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures le jour. Elle souffre continuellement à la région anale et dans les reins ; sensation de brûlure, de piquûre, de pesanteur. Les matières sont toujours teintées de temps en temps d'un peu de sang.

L'état général est encore assez bon. Cependant la malade dit avoir beaucoup maigri, bien que l'appétit n'ait nullement diminué.

Rien au cœur, ni aux poumons, ni dans les urines.

Touchers rectal et vaginal. — Utérus volumineux surtout à gauche, fibromateux, mobile.

Dans le rectum, le doigt est arrêté à 7 centimètres environ au-dessus de l'anus par une tumeur bourgeonnante. Celle-ci rétrécit la lumière de l'intestin, qui admet seulement l'extrémité du doigt. Le néoplasme tient au cul-de-sac postérieur, mais l'ensemble est mobile et se laisse abaisser,

20 décembre 1903. — *Opération. Amputation du rectum avec hystérectomie par voie abdomino-périnéale.* — Anesthésie au Billroth, 150 grammes, sans incidents.

Laparotomie ombilico-pubienne.

Exploration de la cavité abdominale ; on sent dans le petit bassin une masse indurée, correspondant à la partie supérieure de la tumeur et adhérente à la face postérieure du col utérin.

Incision iliaque gauche, par laquelle on fait passer l'S iliaque, que l'on sectionne au thermo-cautère entre deux pinces à entérectomie. On met des pinces sur le péritoine pariétal de cette incision, ce qui facilitera beaucoup l'établissement de l'anus iliaque. Le bout inférieur de l'S iliaque est suturé à la soie et enfoui sous une suture en bourse.

Libération de l'S iliaque. Hystérectomie subtotale et ligature des hypogastriques.

L'S iliaque, puis le rectum, sont libérés peu à peu. Mais le rectum adhère solidement au col utérin et au cul-de-sac vaginal postérieur. On décide alors d'enlever en même temps l'utérus. Celui-ci est gros comme les deux poings, fibromateux, et accompagné d'un ovaire kystique à gauche. Comme toute cette masse serait trop volumineuse pour être enlevée sans morcellement par la brèche périnéale, on fait une hystérectomie subtotale. Section des ligaments larges et ligature au Répin des pédicules. Une pince Goullioud est placée sur la partie moyenne du col; section au thermo-cautère. Suture de la tranche après cautérisation. On enlève aussi les deux ovaires à gauche, parce que kystique; à droite, parce qu'il eût été difficile d'enlever les tissus indurés bien complètement sans toucher à l'ovaire.

Ligature des hypogastriques, rendue facile par l'ablation de l'utérus fibromateux.

Enfin, on finit d'isoler le rectum, par pinces successivement étagées sur le méso.

Mèche iodoformée dans le petit bassin. Fermeture de la paroi à un seul plan.

Temps périnéal.—Ablation du rectum, du col utérin et de la paroi vaginale postérieure. Incision en triangle, dont la base passe entre le vagin et l'anus; les deux autres côtés vont se rejoindre vers le coccyx, en pénétrant assez profondément, jusque dans les fosses ischio-rectales. Le rectum est ainsi rendu mobile et abaissé peu à peu; l'on résèque en même temps toute la paroi vaginale postérieure (sauf un petit

pont transversal à la partie inférieure) et la portion restante du col utérin.

Abaissement de la mèche abdominale et tamponnement de la plaie avec d'autres mèches.

5^e temps. — Quelques fils chromiques rapprochent les parois latérales du vagin, et le périnée est partiellement recousu, dans la partie supérieure de la brèche, celle qui est sus-jacente aux mèches.

Sonde à demeure dans la vessie.

6^e temps. — Confection de l'anus artificiel, au fil de soie et au fil chromique.

Durée de l'opération : 2 heures.

Un litre de sérum pendant l'opération.

Examen de la pièce. — La masse totale pèse 780 gr. dont 360 pour l'utérus seul.

L'intestin réséqué mesure 30 centimètres.

La tumeur siège à 4 centimètres au-dessus de l'anus ; elle est circulaire et mesure 7 centimètres de hauteur. Aspect noirâtre, ulcéré.

La circonférence se présente sous la forme d'un bourrelet saillant.

Quelques ganglions dans le tissu cellulaire.

Utérus. — Hystérométrie : 10 centimètres.

Dans les parois, nombreux noyaux durs ; deux surtout sont remarquables : l'un, dans la paroi antérieure, l'autre dans la paroi postérieure. Ils sont globuleux et du volume d'une mandarine.

L'ovaire gauche est kystique. Le droit paraît sain.

Examen histologique de la tumeur. — Il s'agit d'un *carcinome* : épithélioma métatypique, formant des alvéoles limitées par un tissu connectif peu dense.

Suites opératoires. — Ont été très simples. La malade a très bien supporté l'opération. L'état général s'est remonté rapidement ; les douleurs ont complètement disparu. Mais la cicatrisation a été très longue à se faire.

La malade a quitté le service le 18 avril 1904. Voici quel était son état à ce moment : l'état général est excellent ; les forces sont revenues. Le petit anus iliaque fonctionne très bien ; il est bien maintenu par une pelote.

Du côté de la vulve, celle-ci paraît normale ; elle est analogue à une vulve qui aurait subi une périnéorrhaphie. Le périnée est bien constitué, quoique par du tissu cicatriciel, ayant sa longueur normale.

Le vagin est ample, en ce sens que la paroi antérieure se laisse parfaitement déprimer. Il a à peu près la longueur de l'index. A sa partie supérieure, se trouve un petit orifice qui laisse passer le bout du doigt et communique avec la plaie. Celle-ci est, du reste, insignifiante et presque entièrement cicatrisée.

La malade, après sa sortie de l'hôpital, s'est assez bien remise de la grosse intervention chirurgicale subie. Elle passa l'été 1904 dans de bonnes conditions, mais, au début de l'hiver de la même année, elle présentait à nouveau des troubles intestinaux : défécation douloureuse, hémorragies, alternatives de constipation et de diarrhée ; finalement elle mourait le 23 avril 1905.

Les troubles fonctionnels présentés par cette malade commandaient une intervention. Elle fut décidée complète. L'amputation abdomino-périnéale s'est compliquée ici d'une hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux. Les difficultés opératoires, par suite de l'envahissement du néoplasme, l'adhérence de ce dernier au col utérin et à la paroi vaginale postérieure, expliquent qu'il y ait eu récurrence malgré une exérèse large.

Malgré cet énorme traumatisme, les suites furent simples ; mais la cicatrisation fut longue. La guéri-

son ainsi obtenue ne fut pas de longue durée; la malade mourait, en effet, seize mois après.

Néanmoins, le résultat, les premiers mois du moins, a été bien supérieur à celui qu'eût donné une simple colostomie.

OBSERVATION VI

Mme F... Diagnostic et résumé : Cancer du rectum. Amputation abdomino-périnéale. Gros ganglion distant. Guérison.

Mme F..., 45 ans, de Ménétreuil (Saône-et-Loire), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 19 novembre 1903, salle Sainte-Thérèse, n° 1, pour « retrécissement du rectum ».

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. A noter cependant trois crises de coliques hépatiques, il y a dix ans,

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, Mariée à 28 ans, mari bien portant. Cinq enfants en bonne santé; le dernier a 7 ans. Entre le 4^e et le 5^e accouchement, deux fausses couches de deux mois 1/2.

Le premier symptôme de l'affection actuelle, remarqué par la malade, fut la présence de sang dans ses selles, il y a trois ans. Pendant six mois, les selles restèrent sanglantes; en même temps, diarrhée continuelle, glaireuse avec, par moments, des fausses membranes et des débris, comparés par la malade à des morceaux de chair.

A la suite d'un traitement conseillé par son médecin, la diarrhée diminua notablement et le sang disparut presque complètement des selles, pendant six mois.

Enfin, au bout de ses six mois, c'est-à-dire il y a un an, récrudescence des symptômes : apparition de douleurs très

pénibles au niveau de l'anus, puis constipation avec écoulement par l'anus d'un liquide noirâtre. Enfin, la malade remarque que ses matières portaient toutes sur un côté une rainure longitudinale.

Depuis le mois de septembre, l'état s'est encore aggravé ; la malade ne va à la selle que par laxatifs et lavements ; elle perd toujours par l'anus des matières liquides, noirâtres, d'odeur fétide. Les douleurs sont également devenues plus violentes.

Actuellement, la malade a encore un bon état général ; elle dit cependant avoir maigri d'une manière très sensible depuis quelques mois. Elle se plaint de souffrir presque continuellement au niveau de l'anus ; pas de douleurs aiguës, mais plutôt sensation de pesanteur, surtout après les selles. Pas d'hémorragie. Constipation opiniâtre, ne cédant que très imparfaitement aux laxatifs et aux lavements.

Appétit diminué ; pas de troubles dyspeptiques cependant. Langue saburrale.

Examen médical négatif.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Toucher rectal. — Immédiatement au-dessus du sphincter, le doigt rencontre une masse bourgeonnante, végétante en chou-fleur.

Elle occupe toute la cavité, mais semble cependant un peu plus développée en arrière.

Le doigt est arrêté par cette tumeur.

L'extrémité seule peut pénétrer dans la masse néoplasique, qui est de consistance dure. Aussi ne peut-on se rendre compte de la limite supérieure de la tumeur.

Celle-ci paraît encore mobile ; le doigt peut l'abaisser légèrement et elle ne semble pas adhérente en arrière. De même en avant, par le toucher rectal et le toucher vaginal combinés, on constate que la paroi recto-vaginale n'est pas envahie.

Le doigt explorateur ne ramène ni sang, ni débris sanieux.

25 novembre 1903. — *Opération. Amputation du rectum par voie abdomino-périnéale.* Anesthésie au Billroth, sans incidents.

Laparotomie médiane ombilico-pubienne.

Exploration de la région.

Incision iliaque gauche, laissant juste passer à frottement l'anse iliaque pliée en canon de fusil, en vue de l'établissement de l'anus contre nature. Cette anse iliaque est sectionnée entre deux pinces à entérectomie. Le bout inférieur est fermé en cœcum par deux plans de suture à la soie. Le bout supérieur est maintenu par la pince.

Libération de l'S iliaque (portion exclue) et du rectum. On lie d'abord l'hémorroïdale supérieure près du promontoire. Glissant ses doigts par cette déchirure du péritoine, M. Goullioud décolle un large lambeau péritonéal et les bifurcations des artères iliaques primitives sont mises à nu. Ligature des hypogastriques à droite et à gauche.

Ceci fait, on isole le rectum, en étagant des pinces successivement sur les replis péritonéaux. Ligatures sur les pédicules ainsi formés.

Le rectum est alors abandonné dans le petit bassin et recouvert d'une mèche de gaz iodoformée, dont le bout est mis avec soin dans le Douglas. On met quelques points de suture séparés sur le haut de la brèche péritonéale, pour repéritoniser au niveau du promontoire et un peu au-dessous.

Fermeture de la paroi abdominale en un seul plan.

Anus iliaque gauche. Le bout supérieur de l'S iliaque est fixé au rebord de l'incision iliaque par neuf points séro-séreux, dont deux, plus profonds, sont musculo-musculaires (pour prévenir la hernie ultérieure de l'anus). On termine par quelques points cutanéomuqueux.

Ablation du rectum par voie périnéale. Le néoplasme est

développé surtout en arrière ; comme on le sent bien, on décolle le plus de tissu cellulaire possible à son pourtour. En avant, le vagin est décollé, sans intéresser sa paroi. Section du releveur.

Un peu d'hémorragie en nappe, due surtout à la tumeur (les hypogastriques et l'hémorroïdale supérieure ont été liées). Après extraction du rectum, on retrouve la mèche introduite par l'abdomen et on la laisse dans le fond de la plaie qu'on achève de bourrer à la gaze iodoformée. Deux points de suture sur la peau en arrière.

Sonde à demeure dans la vessie.

Durée de l'opération : 1 h. 1/4.

Examen de la pièce. — La portion réséquée mesure 31 centimètres de long.

Le néoplasme embrasse le rectum, sauf en avant, immédiatement au-dessus du sphincter, sur une étendue de 6 centimètres, pour une épaisseur de 3 centimètres. Toute cette partie est étranglée et ne laisse passer qu'un mince filet. La muqueuse est noirâtre, inégale.

On a entraîné avec le rectum de nombreux ganglions, placés dans le tissu cellulaire plus haut que la tumeur. Un, notamment, est très volumineux.

En somme, lésion déjà bien avancée. On a bien dépassé ses limites ; mais il peut bien y avoir déjà de l'envahissement des lymphatiques pelviens. Aussi récédive probable dans l'avenir.

Suites opératoires. — Ont été très simples. La malade a très bien supporté l'opération, sans choc, sans vomissement. Le seul incident est qu'on a dû la sonder pendant quinze jours, après l'ablation de la sonde. Les mèches ont été enlevées le onzième jour ; puis des pansements ont été faits tous les deux jours et la plaie s'est cicatrisée rapidement.

La malade quitte le service le 31 décembre, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, ne gardant qu'une plaie

insignifiante. Son anus iliaque fonctionne bien. L'état général est parfait.

29 mai 1904. — La malade nous écrit aujourd'hui : « Je suis heureuse de vous dire que, du côté de mon opération, je vais bien. L'anوس fonctionne bien ; l'appétit et la digestion sont excellents ». Mais la malade présente un état nerveux particulier : « J'entends dans ma tête des bruits, des sons de cloches... J'éprouve comme des frayeurs, des appréhensions, dont je ne puis me rendre compte. Je ne puis rester seule ».

Il s'agissait simplement de neurasthénie post-opératoire, et non de manie.

Examen histologique de la tumeur. — Sur l'une des préparations, on reconnaît qu'il s'agit d'un carcinome (épithélioma cylindrique métatypique).

Sur l'autre préparation, les parties carcinomateuses sont moins nettement visibles. Le stroma est abondant et dense.

Examen du ganglion. — Il s'agit d'un ganglion très nettement envahi par des éléments néoplasiques. Ces éléments sont de même aspect que ceux de la tumeur du rectum (Epithélioma cylindrique).

Donc généralisation ganglionnaire.

30 janvier 1907. — Le docteur Duchesneau écrit que la malade va actuellement très bien.

Février 1907. — On reçoit une lettre de la malade. Elle exprime longuement son enthousiasme et sa reconnaissance pour son chirurgien. Sa santé est excellente ; l'appétit est bon. La malade a grossi. Les selles sont très régulières. Elle n'a pas pris de laxatifs depuis près d'un an. A eu seulement, à deux ou trois reprises, une légère diarrhée.

L'état nerveux qu'elle signalait en 1904 n'existe plus, non plus que l'ennui considérable que lui créait son anus iliaque.

« Surtout, j'ai pu prendre sur moi de supporter, le plus vaillamment possible, l'épreuve que Dieu m'a envoyée ».

La malade est encore réglée.

Remarquons chez cette malade la rapidité de la guérison opératoire.

Cette guérison se maintient encore actuellement, soit 4 ans après l'intervention.

Ce fut une heureuse surprise, car les lésions étaient déjà avancées. On pouvait même penser à une opération palliative de soulagement. Ce succès doit être attribué à l'exérèse large et complète de l'amputation abdomino-périnéale, qui a permis, en outre, d'enlever un ganglion distant, nettement cancéreux.

OBSERVATION VII

*Cancer du Rectum. — Amputation abdomino-périnéale.
Guérison.*

Mme G..., 34 ans, d'un petit village de l'Ain, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 11 avril 1904, pour des douleurs rectales.

Cette femme n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel. Elle fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre 1903. Elle s'aperçut un jour que ses selles étaient sanglantes; mais, avant cette époque, elle n'avait rien remarqué d'anormal; elle allait à la selle très régulièrement, n'avait jamais de diarrhée.

Depuis le mois de septembre, les selles ont continué à être sanglantes; il y a, par moments, des périodes de diarrhée et de constipation; mais, d'une manière générale, c'est la constipation qui prédomine.

Enfin, depuis un mois environ, des douleurs très vives se sont montrées; elles siègent à l'anus et s'irradient dans les reins, avec épreintes et faux besoins. La malade est obligée d'aller à la selle au moins 10 fois par jour et, chaque fois,

elle rend, au milieu d'efforts très pénibles, soit un peu de sang, soit des débris fétides.

Mauvais état général. Amaigrissement considérable. Perte de l'appétit.

Toucher rectal. — Tumeur ulcéreuse du rectum, circonscrivant les $\frac{3}{4}$ de la circonférence. Le doigt arrive à dépasser la limite supérieure ; la limite inférieure siège à 3 ou 4 centimètres au dessus de l'anus. En arrière, la tumeur est fixe, par adhérence probable au sacrum ou, tout au moins, aux parties fibreuses environnantes. Par contre, elle semble bien indépendante, en avant, de l'utérus et du vagin.

14 avril 1905. — *Opération. Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale. 1^{er} temps abdominal.* — Incision ombilico-pubienne et incision iliaque gauche. Par cette dernière, ont fait passer l'S iliaque, qui est sectionnée transversalement ; le bout inférieur est fermé par un double plan de sutures.

L'intestin est alors libéré de son méso, que l'on sectionne entre deux rangées de pinces, puis de ligatures. On ne fait pas la ligature des hypogastriques.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le petit bassin, au dessus de l'S iliaque exclu. Fermeture de la paroi abdominale par un seul plan.

Ce temps abdominal est terminé par la confection de l'anus iliaque ; 7 points séreux ; 2 points musculo-séreux ; quelques points muco-cutanés.

2^e temps périnal. — Anus fermé par une pince de Kocher. Incision de Lisfranc. En avant, le rectum se laisse bien décoller du vagin. En arrière sur les côtés, cette manœuvre est moins facile, à cause de fortes adhérences de la tumeur. On ne trouve pas de plan de clivage. Aussi est-on obligé de faire de nombreuses sections, en rasant le plus possible le sacrum. L'hémorragie à ce moment est très abondante (les hypogastriques n'ont pas été liées). Aussi, après l'extirpation du rectum, on laisse quelques pinces à demeure et on

temponne fortement avec une grosse éponge et des mèches de gaze iodoformée.

Sonde à demeure.

Durée de l'opération: deux heures.

La malade est assez affaiblie, malgré le sérum.

Examen de la pièce. — L'intestin réséqué mesure 38 centimètres de longueur.

La tumeur siège à 6 centimètres au-dessus de l'anus; elle est surtout développée en arrière et sur les côtés. Elle est nettement circulaire, grosse comme une pièce de 5 francs (diamètre: 6 centimètres). Elle est bourgeonnante et circonscrite par un rebord saillant.

Sur la face externe du rectum, au même niveau que la tumeur, on sent une masse très épaisse, adhérente à la paroi intestinale. La section montre un énorme ganglion. D'autres ganglions, mais moins importants, sont répandus dans le tissu cellulaire.

Un filet nerveux important a été entraîné avec la tumeur. Il mesure 25 centimètres de longueur; il appartient probablement au plexus sacré.

Examen histologique. — Il s'agit d'un cancer; infiltration épithéliale, s'enfonçant profondément dans la tunique musculaire. Les cellules épithéliales métatypique sont cylindriques; elles forment des travées pleines, ou des tubes, ou des alvéoles.

Suites opératoires. — Les suites opératoires immédiates ont été pénibles. La malade a eu, pendant six jours, des vomissements très abondants, d'abord bilieux, puis fécaloïdes. L'anus iliaque ne laisse passer aucune matière, si bien que l'on crut un moment qu'il y avait de l'obstruction intestinale. Enfin, le cinquième jour, l'anus se mit à fonctionner et donna issue à une grande quantité de matières; il y eut encore des vomissements le lendemain. Puis ils disparurent complètement; et, depuis ce moment, la malade va bien; la

cicatrisation de la plaie périale s'est poursuivie dans les délais normaux.

L'état général est bon.

16 mars 1905. — La malade se présente à notre examen. Elle signale des douleurs dans la fesse gauche, qui ont débuté il y a un mois.

A l'examen, on ne trouve pas de trace de récurrence apparente, l'utérus est fixé contre le sacrum, par une gangue épaisse. On ne sent aucune induration suspecte. Cicatrice linéaire interfessière.

Petit anus iliaque parfait; en général, la malade ne va à la selle qu'en prenant, 1 ou 2 fois par semaine, une légère purgation. Va exceptionnellement d'une façon spontanée.

La malade a encore un bon aspect de santé. Elle a pris 8 kilos depuis son opération.

Novembre 1905. — Une lettre du médecin de la malade nous apprend sa mort. Les douleurs signalées par la malade, lors du dernier examen, étaient les premiers signes subjectifs de la récurrence.

Ce cas est à rapprocher du précédent. Même forme anatomique, mêmes accidents sténosants, néanmoins état général meilleur, état local d'apparence plus favorable.

Les suites opératoires furent, ici, assez longues, comme c'est la règle dans ces interventions, mais elles furent compliquées dès le début par des symptômes d'occlusion qui disparurent en quelques jours. Ils sont attribuables à des adhérences intestinales dues à une insuffisance de péritonisation.

Cette malade n'eut pas une longue survie. Elle mourait, en effet, 19 mois après son opération.

Cette survie, ainsi limitée, paraît être explicable

ainsi. Il ne s'agissait plus d'une tumeur uniquement intra-rectale. On constatait, en effet, à l'examen de la pièce enlevée, dans le tissu cellulaire périmrectal, la présence de nombreux ganglions, dont l'un, notamment, ayant rompu sa coque, avait créé là un noyau cancéreux secondaire. Et l'on sait la gravité de ces néoplasmes, qui ont franchi d'abord les parois de l'organe, puis les coques ganglionnaires, pour diffuser ensuite librement autour d'eux, les éléments néoplasiques.

OBSERVATION VIII

Diagnostic et résumé: Cancer du rectum chez un homme. Amputation abdomino-périnéale avec ligature des hypogastriques. Mort. A l'autopsie, adhérence et coudure d'une anse grêle.

A. M..., ébéniste à Saint-Julien-en-Vercors, 46 ans, entré à l'hôpital Saint-Joseph le 26 mai 1904, pour un néoplasme du rectum.

Aucune maladie antérieure ; ni blennorrhagie, ni syphilis. Pas d'alcoolisme. Après avoir constaté, pendant quelques mois, des filets de sang dans ses selles, le malade a commencé à souffrir au mois d'octobre 1903. En même temps, il constata un peu de tuméfaction de la marge de l'anus et la présence, dans le rectum, de petites saillies qu'il pensa être des hémorroïdes internes. Depuis, l'état s'est aggravé progressivement : souffrances, faux besoins fréquents, sang dans les selles, constipation habituelle, matières déformées, amaigrissement appréciable.

A l'examen de l'anus, on constate une tuméfaction hémorroïdaire, qui s'étend sur tout le bord droit.

Au toucher rectal, et à 3 ou 4 centimètres au-dessus de

l'anus, on trouve une large plaque indurée, végétante sur les bords, embrassant la paroi postérieure et les deux parois latérales du rectum. Le doigt, en avant, trouve un sillon vertical, où la muqueuse est saine. Il s'agit donc d'un cancer, né sur la paroi postérieure de l'ampoule, mais dont on n'atteint pas les limites supérieures. Il existe une certaine mobilité en masse de la tumeur.

Le malade, qui prétend avoir maigri, est encore doué d'un fort embonpoint.

Ni sucre ni albumine.

Opération le 1^{er} juin 1904. — Anesthésie au Billroth (120 grammes). Sans incident.

Temps abdominal. — On fait d'abord une grande incision abdominale médiane, qui ne montre pas de contre-indication opératoire, ni ascite, ni noyaux de généralisation ; puis une incision plus petite, dans la fosse iliaque gauche.

A travers cette dernière incision, on attire au dehors l'S iliaque ; on la sectionne entre deux pinces longues de Rocher, en ménageant avec soin une branche artérielle qui va au bout supérieur.

Ce bout supérieur, coiffé d'une compresse, est récliné dans l'angle de la plaie. Le bout inférieur est fermé par un double surjet à la soie et rentré dans le ventre.

On revient à l'incision médiane ; par celle-ci, on isole l'anse oméga, en liant l'artère hémorroïdale supérieure, puis une série de pédicules, plus ou moins vasculaires, soit du côté du méso, soit du côté de l'intestin isolé.

En dédoublant le méso de l'anse oméga en dehors, on arrive sur les artères iliaques primitives, puis, en suivant celles-ci, sur la bifurcation des iliaques externe et interne. Cette dernière est comme cachée sous l'iliaque externe et, soit à cause de l'embonpoint du malade, soit à cause de cette disposition, cette ligature est beaucoup plus difficile que d'habitude. La graisse empêche de voir les uretères, à l'inverse de ce qui se passe ordinairement.

Par contre, le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal est moins profond que le Douglas chez la femme et il est assez facile de sectionner le péritoine en avant du rectum sur la vessie. On tasse le gros intestin isolé dans le bassin et, par-dessus, on porte dans le cul-de-sac postérieur une forte mèche de gaze faiblement iodoformée, dont les bouts supérieurs s'épanouissent dans le bassin.

On ne fait pas de péritonisation du pelvis ; le bassin, en effet, est rempli par l'anse intestinale isolée, dont il faudrait faire une recoupe, si l'on voulait péritoniser au-dessus.

Fermeture de l'incision médiane par un seul plan de suture au fil métallique.

On revient à l'incision iliaque et l'on établit l'anus iliaque terminal définitif (points séro-séreux et muco-cutanés).

Temps périnéal. — Sonde à béquille dans l'urètre et nouvelle désinfection rapide des mains et du périnée.

Incision elliptique de Lisfranc ; section du raphé anococcygien, puis du releveur sur les côtés. En arrière, on décolle avec un tampon la graisse rétro-rectale, en suivant la face antérieure du sacrum. On apporte un soin tout particulier au décollement du rectum en avant ; ce temps n'est pas très facile. On sectionne de chaque côté les faisceaux antérieurs des releveurs, puis le muscle recto-urétral, en rasant le bulbe, de peur d'ouvrir le rectum ; ce que l'on veut éviter par dessus tout.

Le muscle recto-urétral sectionné, on s'étonne de ne pas rencontrer l'espace décollable recto-prostatique. Est-ce adhérence pathologique à ce niveau ? Nous ne le croyons pas. C'est plutôt parce que nous nous sommes tenus trop en avant, en suivant l'urètre. La prostate est entaillée transversalement, ce qu'indique l'écoulement blanchâtre du liquide des vésicules, puis l'issue d'un peu d'urine le long de la sonde, au moment d'un effort de vomissement. Deux points de suture au catgut sont mis sur l'urètre et la prostate rabattue comme un volet.

On achève de décoller le rectum au ras de la prostate en avant et du sacrum en arrière. Bientôt il est extirpé, en entier, et non ouvert. La mèche intra-abdominale, qui le suit, a empêché tout contact avec l'intestin grêle; elle est simplement abaissée.

Pendant ce temps périnéal, il n'y a eu à lier que quelques vaisseaux superficiels; pas d'hémorragie profonde, grâce à la ligature des hypogastriques.

L'opération a duré deux heures; injection de 800 grammes de sérum, pendant ce temps. La soude urétrale est laissée à demeure et fixée.

Description de la pièce. — Longueur de l'intestin enlevé = 46 centimètres. Sur la face postérieure de l'ampoule, on voit s'étaler un large champignon de forme grossièrement circulaire avec un diamètre vertical de 7 centimètres et demi. Le bord est festonné et en saillie, le fond plat et induré.

De chaque côté de la tumeur, on voit environ un centimètre de muqueuse saine, qui représente la paroi antérieure de l'ampoule.

Avec le rectum, on a enlevé une épaisse couche de tissu cellulaire, dans lequel se trouvent répandus quelques petits ganglions. La lésion semble bien enlevée. On voit, adhérent à l'intestin, un petit lambeau de prostate.

Examen histologique (M. Mérieux). — « Il s'agit d'un épithélioma. Celui-ci s'est développé au dépens des tubes de Lieberkühn; superficiellement, c'est-à-dire dans la muqueuse et immédiatement au-dessous d'elle, la prolifération néoplasique forme des tubes à lumière nette. Plus profondément, la prolifération épithéliale devient beaucoup plus irrégulière, les cellules plus métatypiques; il s'agit véritablement d'une infiltration épithéliomateuse. Celle-ci pénètre dans les couches musculaires de l'intestin. Le métatypisme de la néoformation épithéliale, son activité, nous portent à dire qu'il s'agit là d'une tumeur maligne ».

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade n'a

pas présenté de shock; pas de vomissements anesthésiques. TA = 36,8; pouls excellent à 80.

Morphine et 500 grammes de sérum.

Le lendemain, 2 *juin*, le malade est bien; 37° de température et 100° au pouls.

Le soir à 5 heures, il commence à avoir des nausées, puis du hoquet, un peu plus tard, vomissement verdâtres; 36°,6 et 112 au pouls.

Le 3 *juin* au matin: les vomissements se sont répétés la nuit; le hoquet persiste. Le malade ne se plaint que de cela; il ne souffre pas.

Le ventre est peu ou pas ballonné, la respiration diaphragmatique très ample. Le pouls est à 104. Aucun gaz ne s'est encore échappé par le nouvel anus et on rattache à cette cause les symptômes observés.

Les urines sont abondantes et limpides.

A cause des vomissements, un verre d'eau de Rubinat prescrit n'est donné que dans la soirée.

Le soir, le malade est plus mal. Son pouls est plus rapide à 118 et moins fort, malgré le sérum à haute dose. Température = 36°,4 axillaire. Toujours ni selles, ni gaz. Quelques vomissements jaunâtres plutôt que verts; peu de douleur, plutôt de la prostration. Très peu de météorisme; toujours bonne respiration diaphragmatique.

On pense plus à la difficulté du rétablissement de la circulation intestinale qu'à de la péritonite. On se propose de faire un anus artificiel sur une anse grêle, si la débâcle ne se produit pas; mais on croit pouvoir attendre le lendemain.

Le 4 *juin*, au matin, après une nuit mauvaise, on trouve le malade abattu, les extrémités refroidies, le pouls petit, incomptable; peu de douleur, pleine lucidité; ventre souple et indolore, mais de la dyspnée et un peu de cyanose des membres. L'anús est desséché. On a recueilli des vomissements de coloration brunâtre, fécaloïdes mais sans odeur.

Pensant toujours à de l'obstruction par adhérence, et malgré l'état presque désespéré du malade, on se décide à faire

une fistule intestinale dans la fosse iliaque droite, sous anesthésie incomplète. Mais le ventre n'est pas ballonné et, quand le péritoine est ouvert, aucun liquide ne s'écoule, aucune anse dilatée ne se présente. La fosse iliaque droite est remplie par des anses rétractées, comme un intestin de poulet. Le doigt est donc obligé de pénétrer à une certaine profondeur pour sentir une anse distendue et l'amener à la plaie.

Une fistule intestinale est rapidement établie. Le liquide, qui s'écoule abondant, est identique à celui des vomissements.

Le malade est ranimé par les excitants habituels. Bientôt il se plaint d'une douleur aiguë dans le membre droit.

Son pouls et sa respiration sont de plus en plus mauvais. Il meurt deux heures après.

AUTOPSIE. — Le ventre ouvert, rien qui rappelle la péritonite. On peut être absolument affirmatif. Pas une fausse membrane, pas une goutte de liquide.

L'épiploon très développé est étendu sous la paroi abdominale. En le tirant, on ramène la mèche de gaze iodoformée de drainage. Il adhère à cette gaze. On enlève ensuite les anses grêles distendues, qui remplissent l'abdomen, en les déroulant à partir de l'angle jéjuno-duodénal. Après avoir ainsi déroulé un mètre et demi environ d'intestin distendu, on rencontre un changement brusque du calibre intestinal ; et il a fallu pour l'amener au dehors tirer sur l'extrémité de l'anse distendue, car elle adhérait dans le Douglas.

Tout l'intestin grêle sous-jacent est uniformément réduit comme dans les occlusions intestinales. Il en est de même de ce qui reste du gros intestin.

Ce cas malheureux, le seul de notre série, s'est donc terminé par la mort. Malgré les statistiques défavorables que donnaient les interventions abdomino-périnéales chez l'homme, M. Goullioud crut

pouvoir pratiquer l'opération chez ce malade que l'état peu avancé des lésions et le bon état général plaçaient dans des conditions favorables.

Quelle est la cause de cet insuccès ? Sans hésitation, nous pouvons le rattacher à une occlusion post-opératoire par adhérence. A aucun moment notre malade n'a présenté des signes de péritonite ; du reste, les résultats de l'autopsie vont à l'encontre de cette idée. Bien mieux, soit au cours de l'opération faite *in extremis*, soit à l'autopsie, on put se rendre compte de l'existence d'une occlusion par adhérence et coudure intestinale. Quoique certains chirurgiens aient nié cette forme d'occlusion, pensant dans ces cas à une péritonite rapide sans exsudats, M. Goullioud est convaincu de l'existence de ce processus pour avoir réussi, dans au moins deux cas, à sauver des malades identiques en créant un anus artificiel au-dessus de l'adhérence.

Ces troubles, si fréquemment consécutifs aux laparotomies, revêtent dans certains cas un caractère de gravité très grande, qui tient à ce que la coudure est venue s'ajouter à l'adhérence, et peut-être aussi au niveau élevé de l'anse resserrée.

Ce cas malheureux vient donc s'ajouter à la liste déjà longue des insuccès chez l'homme. Est-ce à dire que cette opération soit ici contre-indiquée ? Nous ne le pensons pas, et nous démontrerons ultérieurement (chapitre des Résultats) que, chez l'homme, après un diagnostic précoce, on peut espérer, par une technique bien réglée, triompher des difficultés et en

particulier de la présence près du néoplasme des voies urinaires et de la prostate.

OBSERVATION IX

Mme C... — Diagnostic et résumé : Cancer ano-rectal. Amputation abdomino-périnéale avec péritonisation au moyen de l'anse recto-sigmoïde. Guérison.

Mme C..., cinquante-quatre ans, de Saint-Sorlin-de-Morestel (Isère), entre le 2 octobre 1905, à l'hôpital Saint-Joseph, pour douleurs anales et défécation douloureuse.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, réglée à 12 ans. Ménopause à 48 ans. Bonne santé habituelle.

Depuis sa ménopause, la malade a observé que ses maitières étaient parfois striées de sang et que la défécation était un peu douloureuse. D'ailleurs la constipation était habituelle chez elle.

Mais ce n'est que depuis trois mois que l'attention de la malade a sérieusement été attirée de ce côté-là.

Elle souffrait constamment en allant à la selle. Elle ressentait, en outre, dans l'intervalle des évacuations, des douleurs lancinantes qui siégeaient dans le rectum et s'irradiaient souvent vers les régions sacrée et lombaire.

Les selles sont molles, non diarrhéiques, parfois enrobées de glaires, le plus souvent sanguinolentes. Jamais d'hémorragie.

Faux besoins et épreintes douloureuses fréquentes. Au toucher rectal, on sent sur la paroi latérale droite du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter, une masse bourgeonnante des dimensions d'une pièce de cinq francs, reposant sur une base indurée, bien limitée et mobile.

La palpation abdominale n'indique rien de spécial : pas de tuméfaction, pas de ganglions dans l'aïne.

Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Urine sans sucre, ni albumine.

Opération par M. Goullioud (14 octobre 1905).

1^{er} temps abdominal. — Laparotomie. Incision ombilico-pubienne et petite incision iliaque gauche. L'anse sigmoïde, reconnue, est attirée sur des compresses. Au lieu de la sectionner au niveau de la fosse iliaque, comme d'habitude, on reporte cette section vers l'articulation sacro-iliaque, du côté droit, c'est-à-dire le plus à droite possible de façon à conserver la portion horizontale du colon pelvien. On fait cette section du colon pelvien entre deux pincés de Kocher longues, et on ferme les deux bouts en cœcum.

On détache ensuite le rectum dans la concavité du sacrum. On est gêné par la présence d'un utérus qui présente plusieurs petits fibromes du volume d'une noix.

Le rectum détaché, on place une petite mèche dans le Douglas. On étale ensuite l'anse iliaque de façon à lui faire épouser, par son bord convexe, la paroi antérieure du bassin. On péritonise ainsi le pelvis avec l'anse recto-sigmoïde placée au-dessus de l'utérus et de la vessie. On unit par des points multiples et séparés au Repin les deux surfaces péritonéales ainsi accolées. On ne pense pas que l'intervalle des points puisse offrir une ouverture suffisante à la production d'étranglements intestinaux. On suture la paroi abdominale au fil métallique.

2^e temp iliaque. — On revient à l'incision iliaque faite au début. On attire par cet orifice la partie correspondante de l'anse sigmoïde, que l'on sectionne. On fixe à la paroi les deux bouts intestinaux, ménageant deux orifices correspondant au bout supérieur et inférieur de l'intestin. Il y a ainsi deux anus conjoints, le supérieur destiné à l'évacuation des selles, l'inférieur au rejet des sécrétions du bout sous-jacent du colon pelvien conservé.

3^e temp périnéal. — Incision circumanaire. On sculpte

aux ciseaux le pourtour rectal, tout en faisant l'hémostase ; les hypogastriques n'ont pas été liées.

Le rectum enlevé, on attire la mèche abdominale, laissée sous-jacente au colon pelvien, et on garnit la brèche périnéale par des mèches de gaze iodoformée, après l'avoir préalablement diminuée par quelques points de suture.

Examen de la pièce. — La longueur de l'intestin réséqué est de 19 centimètres, la tumeur, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, apparaît cratériforme, à bords surélevés, formant bourrelet.

Examen histologique. (M. Faysse). — On constate une abondante prolifération de l'élément épithélial. Les cellules glandulaires sont du type cylindrique, et se disposent suivant différents aspects dans la muqueuse très épaissie. Les unes forment des cavités glandulaires, des acini très irréguliers, à paroi mal limitée et communiquant entre elles. En général, il y a une seule rangée de cellules cylindriques. En d'autres points, traînées pleines de cellules embryonnaires, ou amas cylindriques pleins de cellules épithéliales.

Stroma peu abondant, formé de tissu conjonctif, envahi de cellules néoplastiques en amas, en traînées, ou en infiltration irrégulière.

Les couches sous-muqueuse et musculaire présentent le même aspect. Elles sont dissociées par la prolifération épithéliale.

En somme, il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Suites opératoires. — Chez cette malade, les suites opératoires furent simples. A aucun moment, la température n'atteignit 38°. La mèche périnéale ne fut remplacée qu'une fois. La cicatrisation fut rapide, sans suppuration.

Le rétablissement du cours des matières fut particulièrement facile.

La malade, revue en mars 1906, est trouvée en excellent état. L'anus iliaque fonctionne très bien. Elle porte habituellement un bandage de corps, qui soutient quelques petits

linges placés sur l'orifice iliaque et qu'elle peut remplacer à volonté. Les jours où elle a la diarrhée, et la nuit, elle emploie un entonnoir métallique, à orifice large, et taillé en biseau, s'adaptant parfaitement à la paroi abdominale, qui l'empêche de se souiller.

Avril 1907. — La malade, revue un an et demi après son opération, va actuellement très bien. Bonne santé générale. Digère bien. Va à la selle tous les deux ou trois jours spontanément.

Elle vaque à ses occupations toute la journée sans éprouver aucune fatigue. « En un mot, je me porte admirablement bien », dit-elle.

Dans ce cas, on se trouvait en présence d'un cancer ano-rectal, adhérent au sphincter. On pouvait hésiter entre un Lisfranc ou une amputation abdomino-périnéale. Cette dernière intervention fut préférée comme offrant plus de garantie.

A noter une modification au procédé, employé dans les précédentes interventions. L'anse recto-sigmoïde, qu'il était inutile d'enlever, fut conservée, on put ainsi obtenir la péritonisation du bassin.

Nous avons vu, dans les précédentes observations, M. Goullioud sectionner l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche et faire du bout supérieur de la section un anus iliaque terminal.

Une mèche de gaze iodoformée étalée fermait la vaste ouverture pelvienne et les anses grêles, ne rencontrant plus de colon pelvien, venaient y adhérer.

« Il en est résulté, chez quelques opérés, une certaine difficulté au rétablissement de la circulation

intestinale et le seul malade que j'aie perdu, un homme, a précisément succombé à une occlusion intestinale post-opératoire produite par l'adhérence au fond du bassin d'une anse grêle élevée. J'ai beaucoup insisté, en publiant ce cas (Observation VIII), sur la gravité de ces fixations et coudures des anses grêles élevées et sur leur symptomatologie spéciale. Ces différents cas, occlusion ou sub-occlusion, m'ont fait chercher à péritoniser l'entrée du bassin pour la fermer. On peut recourir, sans doute, pour cela, à la vessie, à l'utérus, aux ligaments larges, aux débris du méso-côlon pelvien.

« Mais la conservation de la portion transversale du côlon pelvien assure bien mieux cette péritonisation, que j'obtiens par l'établissement simple de cette anse ou sa suture plus ou moins complète » (Goullioud, *Société de Chirurgie*, 31 janvier 1907).

Les suites de l'intervention furent très simples. Le résultat reste excellent, puisqu'actuellement, un an et demi après l'intervention, on ne note ni troubles fonctionnels, ni récédive, et que la malade se trouve avec un très bon état général. On peut compter sur une guérison durable, parce que les lésions, peu étendues, ont été largement dépassées.

OBSERVATION X

Mme S..., 47 ans. — Amputation abdomino-périnéale du rectum pour tumeur non cancéreuse. Accidents d'occlusion consécutifs. Guérison.

Entre pour hémorragies rectales, troubles de la défécation, et amaigrissement.

Père mort d'affection indéterminée; mère morte probablement d'un cancer abdominal; une sœur morte anémique; une autre de suites de couches (péritonite); un frère mort de cirrhose hépatique (alcoolisme); un autre, à 48 ans, de maladie d'estomac (éthylisme); un frère et une sœur bien portants.

La malade a une fillette de 8 ans en bonne santé; a eu, probablement, une fausse couche il y a 10 ans.

Personnellement réglée à 14 ans, douloureusement jusqu'à son accouchement, normalement depuis.

N'a jamais été malade.

Elle s'est ressentie pour la première fois de son affection actuelle il y a un mois environ. Elle s'est manifestée assez brusquement par des coliques, des faux besoins, des selles constituées presque uniquement par du sang. A pris, au début, des lavements qui ne pénétraient pas, mais passent maintenant.

Ces signes ont persisté en grande partie jusqu'à ce moment. Se plaint surtout de la constipation. Pas de ténesme.

A maigri rapidement. Urine avec peine. Etat général bon. Rien au cœur ni aux poumons. Urines uratiques, sans sucre ni albumine.

Toucher rectal. — Ulcération transversale occupant la moitié postérieure de la paroi rectale. On arrive bien à limiter les bords supérieurs de la tumeur; on peut, avec

grande chance, pratiquer l'exérèse. La tumeur est mobile sur le plan profond.

10 février 1905.— *Opération par M. Goullioud. Amputation abdomino-périnéale du rectum.*

1^o *Temps abdominal.*— Incision abdominale médiane et petite incision dans la fosse iliaque gauche. Par cette dernière incision, après avoir repéré le péritoine avec des pinces de Kocher, on attire au dehors l'S iliaque, on le sectionne entre deux pinces; le bout supérieur est récliné en haut dans l'angle de la plaie, le bout inférieur est suturé par un double surjet à la soie et refoulé dans le ventre.

A travers l'incision médiane, on sectionne le méso-sigmoïde entre des pinces courbes par une série de pédicules. Ligature de ces pédicules et ligature des hypogastriques.

On passe à l'isolement du bout intérieur, mais, au cours de l'opération, par suite de l'abondance de la graisse dans le méso, qui empêche de bien voir l'intestin, on sectionne ce dernier, ce qui oblige à une nouvelle suture du bout inférieur coupé.

On continue la dénudation et l'on sectionne le péritoine au pourtour du rectum dans le fond du Douglas. Ceci fait, on tasse le gros intestin isolé dans le bassin et, par dessus, pour empêcher tout contact avec la masse intestinale, on dispose une mèche de gaze iodoformée, un peu forte, dont on tord le bout pour le retrouver facilement par le périnée.

A ce moment, fermeture de l'incision abdominale médiane, par un seul plan de fil métallique, puis, revenant à l'incision iliaque, on établit là un anus artificiel (points séro-séreux, muco-cutanés, 3 points musculo-musculaires).

2^o *Temps périnéal.*— La malade est mise alors dans la position dorso-sacrée, les jambes relevées par des béquilles. Incision de Lisfranc. On décolle le rectum en avant et en arrière, en sectionnant ses connexions entre des pinces courbes. Le rectum est bientôt extirpé en entier sans avoir été ouvert. On voit, en arrière de lui, la mèche abdominale

qui le recouvrait et qui l'a préservé de tout contact avec les masses grêles. Hémostase. La mèche de gaze iodoformée est abaissée et servira de drainage. Réunion des lèvres de l'incision périnéale par six à sept points chromiques. Pansement iodoformé.

L'opération a duré deux heures, anesthésie au Billroth et à l'éther combinés sans incidents. 250 grammes de sérum pendant l'opération.

Examen de la pièce.— La longueur de l'intestin enlevé est de 30 centimètres. Sur la face postérieure du rectum, à 6 centimètres de l'anus, existe une ulcération assez grossièrement circulaire, avec un petit prolongement latéral. C'est une ulcération d'aspect un peu spécial; grisâtre à la vue, pas bourgeonnante sur les bords, à fond plat, lisse, peu induré, rappelant un ulcère de l'estomac. On voit encore deux ou trois petites ulcérations à quelques millimètres de distance. Autour de l'ulcération principale, muqueuse rouge enflammée.

Avec l'intestin on a enlevé le tissu cellulaire péri-rectal. A ce niveau on ne trouve pas trace de ganglion. La face externe du rectum est normale et n'offre qu'un peu d'induration au toucher.

Examen histologique (Faysse, Tolot). — Sur les coupes, rien ne permet d'affirmer le cancer. La muqueuse est épaissie, mais d'une façon modérée. En aucun point les culs-de-sac ne pénètrent dans la sous-muqueuse. Celle-ci, par contre, est très épaissie, très enflammée. Il n'existe pas à ce niveau de nodules ni rien qui puisse faire penser à la tuberculose. Il s'agit d'une inflammation diffuse et paraissant chronique qui a envahi même la couche musculaire dont elle dissocie notablement les faisceaux.

Assez nombreuses veinules congestionnées.

On doit dire *Inflammation chronique* (D^r Tolot).

Suites opératoires.— La température n'a jamais dépassé 37°7.

11 février. — Nuit un peu agitée. Deux piqûres de mor-

phine dans la nuit. On a fait hier un litre de sérum qui l'a bien relevée. Ce matin, on la trouve assez calme, avec un pouls excellent, à 84. Petite expansion abdominale, un peu de météorisme.

La sonde vésicale fonctionne bien

12 février. — Vomit un peu, liquide non coloré. Ne fait pas de gaz. Ventre très légèrement ballonné. Pouls bon. Bonne expansion abdominale.

13 février. — La malade a vomi trois fonds de cuvette, liquide d'aspect intestinal, qui rappelle comme teinte le bouillon de lentilles. Pouls un peu moins ample. Expansion abdominale légère. Faciès calme.

Dans l'après-midi, survient une débacle qui soulage immédiatement la malade. Il est sorti un gros ver au milieu des matières.

14 février. — Va mieux. Pouls à 100. N'a pas revomi depuis hier. Ventre encore un peu ballonné.

15 février. — Hier soir, la malade n'allait pas mal, vomissant pourtant un peu; vers 8 heures, il est sorti par son anus iliaque un peu de matières demi-solides.

Depuis, elle n'a fait ni selles ni gaz. Ce matin on constate un faciès plombé, elle a vomi plus de 600 grammes d'un liquide absolument porracé. Pas de fièvre. Pouls à 84. Expansion abdominale persistante. Le ventre est un peu plus ballonné. On a essayé de déboucher avec la sonde, on pénètre à une douzaine de centimètres, où l'on est arrêté par un obstacle, probablement une coudure. M. Goullioud affirme qu'il n'y a pas de péritonite, et pense à des adhérences probables coudant l'intestin un peu haut — Le soir, la malade a des selles, arrêt des vomissements. La sonde vésicale qui s'était échappée au bout de 48 heures, ne fut pas remplacée. On pratiqua un seul cathétérisme, après quoi la malade a uriné spontanément.

19 février. — Vomissements arrêtés depuis deux jours.

24 février. — La malade va bien. Le ventre n'est plus ballonné. L'appétit renaît. L'anus fonctionne bien. On a enlevé les fils de la suture abdominale, qui n'a pas été infectée par les matières. La plaie périnéale suppure abondamment. Les mèches ont été changées plusieurs fois. La malade n'urine pas sans la sonde depuis quelques jours.

23 mars. — Les règles qui ont suivi l'opération n'ont pas reparu depuis près de cinq semaines. En dehors de cela, va très bien. Bon appétit. Anus fonctionne bien. La plaie périnéale donne encore un peu.

La malade quitte le service le 27 mars en bon état.

Elle revient le 26 juin de la même année, parce qu'elle se plaint de douleurs au périnée. Un toucher vaginal est négatif.

La malade est revue le 27 mars 1907, soit deux ans après l'intervention ; état général excellent, l'anus iliaque est parfait, il est large comme une pièce de 0,20 centimes environ, sans hernie. A noter, une hernie de la moitié supérieure de la ligne de suture médiane.

Il ne s'agissait pas, dans ce cas, de lésions cancéreuses. L'examen clinique ayant fait porter le diagnostic de néoplasme, on décida de faire une amputation abdomino-périnéale. La malade a largement bénéficié de cette opération, évidemment disproportionnée, par la nature des lésions à enlever. Outre le bénéfice de la suppression de troubles fonctionnels graves, elle évitera une transformation, toujours à craindre, d'une ulcération en cancer.

Nous publions cette observation, parce qu'elle est instructive au point de vue opératoire. Notre malade a, en effet, pendant plusieurs jours, présenté les signes d'une occlusion intestinale, due sans doute à des

adhérences coudant l'intestin un peu haut. Cela met bien en évidence la valeur du temps opératoire de la péritonisation, pas toujours facile, il est vrai, dans l'amputation abdomino-périnéale.

OBSERVATION XI

Mlle E... —Diagnostic et résumé. Cancer du rectum. Amputation totale par la voie abdomino-périnéale. Ligature des hypogastriques. Péritonisation au moyen de l'anse recto-sigmoïde.

Mlle E..., 57 ans, entre le 16 novembre 1906, à l'hôpital Saint-Joseph, pour douleurs rectales, amaigrissement et diarrhée.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, bonne santé habituelle. Jamais de maladies graves, Réglée à quinze ans. Menstruation irrégulière, peu abondante, souvent douloureuse. Ménopause à 55 ans.

Il y a un an et demi, la malade commença à se plaindre de démangeaisons au niveau de l'anus, sans douleurs à la défécation.

Depuis trois mois, sont apparues des douleurs plus vives, des picotements à l'anus. Douleurs journalières et presque continuelles. La défécation était rarement douloureuse, mais s'accompagnait parfois d'hémorragie. La malade se plaint, en outre, d'alternatives de constipation et de diarrhée. Elle aurait eu, pendant deux mois, une période de diarrhée continue, qui a cessé il y a quinze jours. En outre, de temps en temps, souffre de lancées douloureuses s'irradiant à toute la jambe gauche, mais ne s'en plaint pas actuellement.

Amaigrissement notable depuis un an, perte des forces. Cependant mange et digère bien.

A l'examen, malade au faciès pâle ; état général pas très satisfaisant. Parfois léger œdème des malléoles.

Rien au cœur ni aux poumons. Température normale, pouls à 82. Urine sans sucre ni albumine.

L'abdomen est un peu ballonné ; la palpation est légèrement douloureuse au niveau de la fosse iliaque gauche.

Au toucher rectal, on sent des masses de consistance un peu dure, légèrement granuleuses, comme plaquées contre la paroi du rectum, prédominant surtout à gauche. La limite inférieure siège à un ou deux centimètres au-dessus de l'anus, la limite supérieure paraît être à bout de doigt. Au-dessus du rétrécissement néoplasique, accumulation de matières fécales liquides.

22 novembre 1906. *Opération. Amputation abdomino-périnéale du rectum.*

1^{er} *Temps abdominal.* — Incision ombilico-pubienne et incision iliaque gauche. Par cette dernière, on fait passer l'S iliaque. On le maintient là par une sonde traversant son méso. On a eu le soin de repérer le péritoine.

On fait la ligature des hypogastriques, on sectionne ensuite le colon ilio-pelvien, le plus loin possible à droite, c'est-à-dire en en conservant la plus grande partie, pour péritoniser le bassin. Fermeture, en cœcum, avec trois plans, des deux bouts intestinaux.

Détachement du méso-colon terminal et du méso-rectum, entre deux ligatures, le long du sacrum. Le rectum est alors abandonné dans le petit bassin, recouvert d'une mèche de gaze iodoformée.

Fermeture de la paroi abdominale en un seul plan.

2^e *Temps iliaque.* — On revient à l'incision iliaque, on établit là deux anus conjoints, en canon de fusil.

3^e *Temps périnéal.* — Ablation du rectum par la voie périnéale sans incidents.

On ramène la mèche iodoformée abdominale, on la laisse en place pour drainage.

On refait partiellement le périnée.

Examen de la pièce. — Par la palpation, on sent, à travers la paroi postérieure du rectum, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une masse dure, à contours irrégulièrement arrondis et indurés.



En ouvrant le rectum par sa paroi antérieure, on voit, au niveau de la masse perçue extérieurement, une cavité cratériforme, recouverte d'une muqueuse rouge brunâtre, déchiquetée ; en ce point, la tunique musculaire du rectum est relativement peu épaisse. La cavité est circonscrite par un bourrelet tapissé d'une muqueuse congestionnée et hyper-

trophiée, formant une sorte de collerette, la base du bourrelet est largement indurée, tout autour, la muqueuse est congestionnée.

A la coupe, la tumeur est formée d'un tissu dur, d'une coloration grisâtre, d'aspect lardacé. Quelques ganglions mésentériques hypertrophiés ont été enlevés. Le plus haut situé, de la grosseur d'un petit pois, est enlevé pour examen histologique, ainsi qu'un fragment de la tumeur, pris en son milieu.

Examen histologique. — Sur cette préparation, néoformations glandulaires très abondantes. Les acini sont tapissés par une ou plusieurs assises de cellules cylindriques typiques. Leur paroi est tourmentée, comme bourgeonnante. Les culs-de-sac communiquent souvent les uns avec les autres, formant ainsi des cavités irrégulières. Le stroma, qui sépare les productions épithéliomateuses, est relativement épais et infiltré de cellules embryonnaires.

La sous-muqueuse est également le siège d'une infiltration importante, disposée, soit en nappe diffuse, soit en traînées, ou en amas pleins.

La couche musculaire est peu envahie.

En résumé : Epithelioma cylindrique (M. Faysse).

Suites opératoires. — Il n'y eut pas de difficulté pour le cheminement des matières.

La malade dû être sondée pendant trois semaines.

Les mèches furent enlevées le onzième jour.

Moins de deux mois après l'intervention, la malade quittait le service, allant bien.

La malade est revue le 3 juin 1907, c'est-à-dire six mois et demi après l'opération; bon état général, le résultat local est excellent.

Revue en octobre et septembre 1907. Excellent état général. Anus iliaque fonctionne bien.

Cette malade opérée il y a un an seulement, a un excellent état général actuellement.

Moins de deux mois après l'intervention la malade quittait l'hôpital; les suites opératoires furent donc très simples, lorsqu'on songe à la longueur habituelle de la cicatrisation de la large brèche périméale.

Pour la deuxième fois, M. Guillaud employait le procédé de péritonisation du bassin, au moyen de l'anse recto-sigmoïde.

OBSERVATION XII

Mme T..., quarante-trois ans, cancer de l'ampoule rectale. Amputation totale du rectum par la voie abdomino-périnéale, avec ligature des hypogastriques. — Guérison.

Mme T..., quarante-trois ans, rentre le 21 janvier 1907 à l'hôpital Saint-Joseph pour douleurs anales.

Pas d'antécédents héréditaires.

Mariée à vingt ans. Mari bien portant, trois enfants, pas de fausse couche.

Bonne santé habituelle. Réglée à dix-sept ans. Menstruation régulière, sauf depuis deux mois.

L'affection actuelle a débuté il y a environ six mois par des douleurs anales, très vives, accompagnant la défécation. Tenesme. Epreintes douloureuses. Lancées continuelles à l'anus entre les selles. En même temps perte des forces et de l'appétit.

Depuis les mêmes douleurs ont persisté toujours fréquentes. Matières amincies, molles, non glaireuses, non sangui-nolentes.

Pas de douleurs irradiées.

Depuis trois jours constipation.

La malade dit avoir beaucoup maigri; aurait perdu trente kilogs environ.

Actuellement, faciés pâle. Etat général médiocre, langue blanche et sèche, pouls 106, température 38.3.

Abdomen un peu ballonné, souple, non douloureux.

Toucher rectal. — On sent au-dessus de l'ampoule un rétrécissement néoplasique du rectum formant une saillie présentant un très petit orifice et comparable à un col utérin; très grande dureté de cette tumeur qui est un peu bourgeonnante.

En avant, toujours par le rectum, on la sent probablement adhérente au cul-de-sac péritonéal recto-utérin; cependant le doigt vaginal montre que le col utérin a conservé toute sa mobilité. Le col utérin est d'ailleurs d'un volume normal et en très bonne position.

Latéralement, l'induration rectale paraît se prolonger jusqu'aux tissus voisins, mais il est certain que les uretères sont libres, elle adhère surtout au sacrum, et ne présente aucune mobilité, sauf un peu latéralement.

Les lésions paraissent assez limitées et une exérèse paraît possible.

24 janvier 1907. — Opération par M. Goullioud. Amputation adomino-périnéale du rectum.

1^{er} Temps abdominal. — Incision classique de l'anus iliaque pour repérer le péritoine. Puis incision médiane. — Recherche de l'S iliaque qu'on amène au niveau de la première incision et que l'on maintient par une sonde cannelée passée au-dessous de lui et formant sangle. On cherche les hypogastriques au niveau de leur bifurcation de l'iliaque primitive. Dénudation et ligature avec gros fil Carion.

Des indurations suspectes étant trouvées assez haut sur l'S iliaque, on se décide à faire l'ablation de sa plus grande partie, quitte à péritoniser ensuite comme on pourra. Pincés Kocher longues sur l'S iliaque sectionné et suture à trois plans des deux bouts aux fils de soie. Section des ligaments

utéro-sacrés. Décollement du rectum du haut en bas. La tumeur qui, par le toucher rectal semblait adhérente en arrière au sacrum, se laisse décoller facilement. A mesure que l'on avance, les replis séreux sont pincés avec des languettes courbes. On fera les ligatures plus tard. On continue le décollement sur la paroi antérieure de l'S iliaque sans inciser le Douglas. On a ainsi isolé dix centimètres du conduit intestinal. Le reste viendra par la voie périnéale. Ligature de toutes les brides séreuses. On péritonise la surface, ainsi mise à nu, en prenant le péritoine pariétal supérieur, ou plutôt les lambeaux qu'il en reste, et la séreuse qui recouvre le fond de l'utérus.

On arrive ainsi à péritoniser assez facilement à droite, mais à gauche on met quelques points qui laissent entre eux des espaces libres, mais qui sont insuffisants pour produire une hernie. Avant de fermer complètement le Douglas sur la ligne médiane, on fait passer dans cette cavité de grosses mèches de gaze iodoformée dont le milieu de chaque est tordu avec l'autre. Ceci fait, on ferme la grande incision médiane avec un seul plan de fil métallique.

2^e Temps. Anus iliaque. — On ajoute de nouvelles pinces de Kocher autour du péritoine. Suture de la séreuse avec la séreuse de l'S iliaque avec aiguilles courbes non tranchantes. Suture de la tunique interne après section, avec l'épiderme, par aiguilles courbes tranchantes. Quelques points aponévrotiques pour éviter une éventration tardive au niveau de la partie supérieure et inférieure de l'incision. L'anus contre nature est simple.

2^e Temps périnéal. — La malade est dans la position de la taille. Incision de Lisfranc. Décollement du tissu cellulaire périrectal. Incision du Douglas. Pinces languettes courbes à mesure que l'on avance, pour faire l'hémostase. L'S iliaque, avec des pinces en cœur est assez facilement amené par l'incision faite. On a eu soin de mettre une languette droite pour prévenir l'issue de matières fécales par l'anus.

A la partie postérieure, on enlève le plus largement possible le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, d'autant plus que des indurations suspectes sont perçues à 7 ou 8 centimètres de l'anus. On résèque même l'extrémité du coccyx. Hémostase avec Carion.

On amène les mèches iodoformées au niveau de l'orifice. On complète le drainage avec deux nouvelles mèches.

Pansements collodionnés au niveau des incisions abdominales. Bandage en T au niveau de la plaie anale.

Suites opératoires. — 3 février. — Ablation des mèches. Lavage de la région. Nouvelles mèches.

6 février. — Ablation des fils. Bonne ligne de suture.

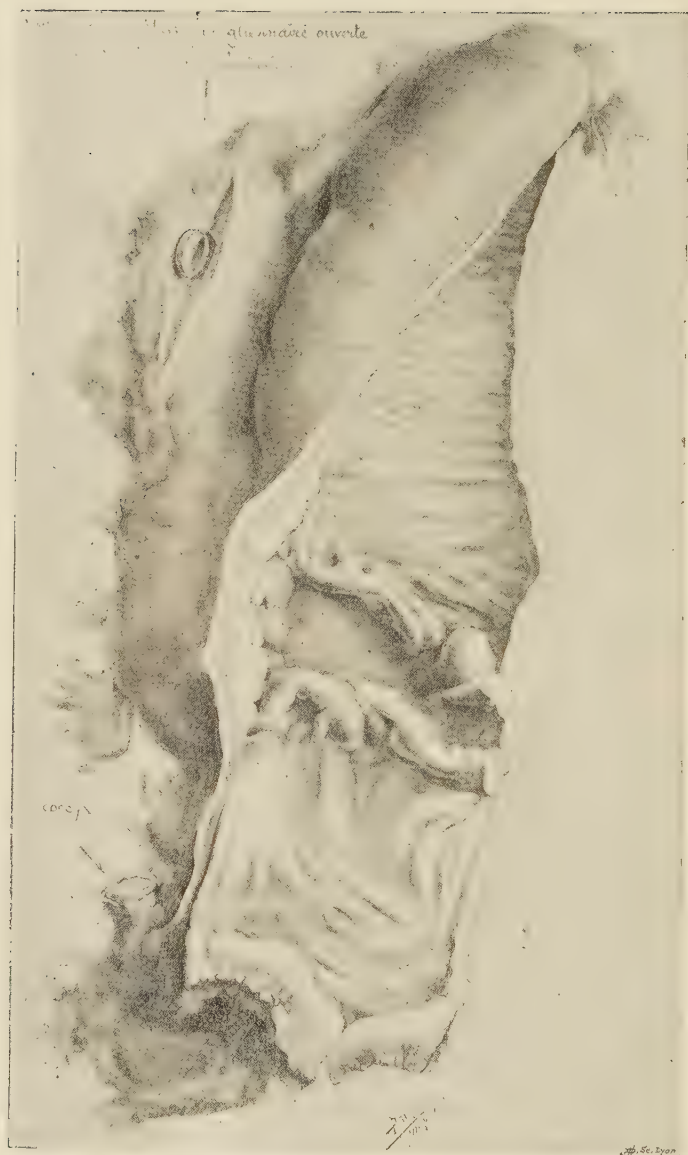
5 avril. — La malade présente un peu de fièvre pendant deux jours, puis la température redevient normale. Se plaint en même temps de douleurs à la jambe droite.

10 avril. — Phlébite légère de la jambe droite avec un peu de fièvre.

10 mai. — Part allant bien. En somme, suites un peu longues. Difficulté de la cicatrisation de la grande cavité pelvienne. Légère phlébite tardive.

Examen de la pièce. — La longueur de l'intestin enlevée est de 25 centimètres. A quatre travers de doigt au-dessus de l'anus, on sent une induration assez bien limitée. Tissu cellulaire nettement infiltré. A l'extrémité supérieure de la pièce et à la partie postérieure, correspondant au sacrum, ganglions hypertrophiés. On en incise deux, d'où énucléation facile de petites masses arrondies, brunâtres, analogues à de petites boules fécales (pour examen histologique).

Un peu au-dessous, et latéralement dans le tissu cellulaire, on remarque deux petites masses mal limitées n'ayant pas l'aspect ganglionnaire, à consistance dure, peut-être métastase néoplasique (fragment pour examen).



Incision longitudinale de l'intestin. A 5 centimètres de l'anus, cratère à base indurée, entouré par collerette formée par muqueuse congestionnée et hypertrophiée. Collerette à forme arrondie, surplombe cavité blanchâtre, dure. Incision faite à ce niveau révèle tissu dur, comme fibreux, infiltré; (fragment pour examen histologique).

Examen histologique (M. Faysse).

I. *Examen de la tumeur.* — On constate que la muqueuse présente des cavités glandulaires extrêmement nombreuses. Ces cavités que l'on voit coudées longitudinalement ou en travers, sont tapissées par des cellules cylindriques hautes et sont entourées d'un stroma peu épais infiltré de cellules embryonnaires. Plus profondément, l'aspect devient caractéristique.

Dans la musculaire muqueuse, en effet, et dans la couche musculaire on trouve des néo-productions glandulaires, se présentant sous l'aspect de cavités arrondies plus ou moins irrégulières, tapissées d'un épithélium cylindrique. En d'autres points, ces cavités, à un stade moins avancé de leur formation, sont plus petites et les cellules de revêtement moins hautes. On trouve même les productions glandulaires au début même de leur formation et se présentant simplement sous l'aspect de petits amas ou de boyaux cellulaires.

Les vaisseaux sont très nombreux. Il s'agit donc d'un cancer typique du rectum (Epithélioma cylindrique à cellules hautes).

II. *Coupe du mésentère, au voisinage de la tumeur.* — On reconnaît les éléments constitutifs du mésentère : Tissu conjonctif, lâches vaisseaux extrêmement nombreux et gorgés de sang, etc. Mais, en aucun point, on ne trouve des modifications ou des lésions permettant d'affirmer l'envahissement de cet organe.

III. *Coupe d'un ganglion, au niveau du promontoire.* —

Ce ganglion paraît normal, sans trace de dégénérescence néoplasique.

Rien de particulier à signaler dans cette observation, si ce n'est la longueur de la cicatrisation périnéale et de la cavité pelvienne, avec une légère phlébite tardive.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS	SEXE AGE	DURÉE DE LA MALADIE AVANT L'OPÉRATION	DATE de l'opération	SIÈGE DU NÉOPLASME	PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	LONGUEUR de LA RÉSECTION	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
I.....	F. 48 ans	4 an.	18 juillet 1899	Néoplasme récidivé ; saillie suspecte sur la face postérieure de l'intestin.	Amputation A. P. — Procédé quenu, durée, 2 heures. — On avait fait 5 mois avant une entérectomie avec enté- rorraphie circulaire pour cancer invagin recto-sig- moïde.	36 cent.	Guérison.	Excellente santé depuis 8 ans.
II.....	F. 53 —	1 —	2 mai 1902	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques. Durée, 2 heures.	27 —	Guérison.	Morte sans récidive 4 ans 1/2 après, d'une broncho- pneumonie in- fectieuse.
III.....	F. 48 —	?	6 mars 1903	Cancer sigmoïde.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques. Quatre semaines avant, on avait pratiqué un anus sus-pubien grêle.	59 —	Guérison.	Morte, avec récidive, 9, 3 ans mois après.
IV.....	F. 51 —	?	4 décembre 1903	Cancer récidivé am- pullaire.	Amputation A. P. (avait subi une hystérectomie totale en 1899, pour fibrome, puis une entérectomie en 1902 pour cancer rectal.)	35 —	Guérison.	Morte, avec récidive, 2 ans, 4 mois après sa 1 ^{re} opé- ration.
V.....	F. 47 —	44 mois.	29 décemb. 1903	Cancer ampullaire, propagé au vagin. Uterus fibromateux.	Amputation A. P. = Ligature des hypogastriques. Hys- térectomie.	30 —	Guérison.	Morte, avec réci- dive, après 16 mois.
VI.....	F. 45 —	3 ans.	25 novemb. 1903	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques, abla- tion d'un ganglion distant durée 1 h. 1/4.	31 —	Guérison.	Bonne santé, de- puis 4 ans.
VII.....	F. 34 —	8 mois.	13 avril 1904	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Légers accidents d'occlusion con- scutifs.	38 —	Guérison.	Morte, avec réci- dive, après 18 mois.
VIII.....	H. 46 —	1 an.	1 ^{er} juin 1904	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques. Durée 2 heures.	46 —	Mort.	Mort le 4 ^e jour Occlusions intesti- nales, adhéren- ce, coagulation d'une anse grêle.
IX.....	F. 51 —	2 ans.	14 octobre 1905	Cancer ano-rectal.	Amputation A. P. — Péritoni- sation au moyen de l'anse recto-sigmoïde	19 —	Guérison.	Bonne santé de- puis 2 ans.
X.....	F. 47 —	4 mois.	10 février 1905	Ulcération rectale non cancéreuse.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques. Durée, 2 heures. Accidents d'occlu- sion consécutifs.	30 —	Guérison.	Bonne santé ac- tuellement.
XI.....	F. 57 —	1 an	22 novemb. 1906	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques. Périto- nisation avec l'anse recto- sigmoïde.	?	Guérison.	Bonne santé ac- tuellement.
XII.....	F. 43 —	6 mois.	24 janvier 1907	Cancer ampullaire.	Amputation A. P. — Ligature des hypogastriques.	25 —	Guérison	Bonne santé ac- tuellement.

CHAPITRE III

Discussion de la méthode.

Il est évident qu'un procédé opératoire unique, comme la voie abdomino-périnéale, ne peut avoir la prétention de convenir obligatoirement à tous les cas de cancer du rectum, justiciables de l'extirpation.

Si cette méthode voit sa meilleure indication dans les cas de cancers haut situés, nous prétendons aussi que, même pour les autres néoplasmes relevant de procédés plus conservateurs, on peut, avec l'amputation abdomino-périnéale, éviter des récidives toujours fréquentes et donner aux malades, par un procédé plus radical, le maximum de chances de survie.

Le plus grand progrès apporté par cette nouvelle méthode a été de permettre une ablation facile des cancers haut situés. On connaît, en effet, les réserves que faisait Trélat, en 1884, à ce sujet, qui refusait toute confiance à la méthode périnéale de Lisfranc

pour l'extirpation de ces néoplasmes. D'autres méthodes, avec Kraske et d'autres chirurgiens, permirent plus tard d'étendre en hauteur les interventions sur le rectum. Mais les résultats ne furent pas toujours brillants, ni comparables à l'élégance du procédé.

L'amputation abdomino-périnéale a eu le mérite d'étendre le nombre des interventions utiles, dans ces cas où le néoplasme est inaccessible par le périnée seul, et ne relève cependant pas de l'entérectomie abdominale. On ne parle plus maintenant de contre-indications tirée de la *hauteur* du néoplasme, qui importe peu au chirurgien, pour qui la longueur de la résection intestinale est bien moins limitée. Nos observations relatent, en effet, des ablations de 20 à 59 centimètres d'intestin !

Nous dirons plus : M. Goullioud a vu plusieurs malades qu'il avait cru pouvoir opérer uniquement par voie périnéale, revenir plus tard avec récurrence, être opérées à nouveau par la voie combinée et rester guéries trois ans (Obs. IV) et même huit ans après (Obs. I).

C'est donc la démonstration qu'un procédé plus complet, ouvrant un champ plus *large* aux investigations, est souvent supérieur en ses résultats éloignés à des procédés plus conservateurs.

La méthode, en effet, élargit singulièrement le rayon d'action du chirurgien ; le ventre ouvert, il a devant lui la cavité pelvienne, le cancer rectal vu avec toutes ses connexions et ses territoires lymphatiques, les tissus périrectaux, plus ou moins

solidaires du néoplasme. L'hystérectomie concomitante (Tixier, Albertin, *Soc. de Chir. de Lyon* 1907) peut même, chez la femme, permettre une large éviscération de la cavité pelvienne.

On sait combien sont fréquentes les récidives ganglionnaires; or, un procédé qui permet de suivre des yeux la lymphangite septique ou cancéreuse, de procéder à l'ablation systématique des ganglions, a évidemment pour lui un avantage manifeste.

De plus, combien il est plus facile également d'opérer dans le pelvis une tumeur volumineuse, adhérente, quand, par la voie combinée, on peut, en deux temps, la libérer et finalement l'extirper ! C'est même l'impossibilité de dépasser, par le périnée, la limite du mal, qui poussa Czerny à employer, le premier, la voie combinée. En 1903, M. Durand (de Lyon) peut, par la même voie, enlever avec succès une très volumineuse tumeur du rectum, inopérable par toute autre méthode. M. Tixier (*Lyon Médical* 1907), relate plusieurs observations où l'ablation de tumeurs volumineuses du haut rectum et du bas colon pelvien, fut avec succès pratiquée par la voie combinée.

Si le champ opératoire s'élargit, l'hémostase, telle que la règle le professeur Quénu, permet aussi d'y voir clair et donne, en même temps qu'une sécurité et un avantage immédiat sérieux, une arme efficace contre les hémorragies secondaires. Manuel, dans sa thèse, analysant les cas de mort de la statistique qu'il publie, est frappé de l'absence des hémorragies fait remarquer, à ce sujet, com-

bien la ligature des hypogastriques a réalisé un progrès, lorsqu'on songe qu'autrefois l'hémorragie secondaire était redoutée, parce qu'entraînant trop fréquemment des accidents mortels. S'il est vrai que l'infection jouait un certain rôle dans ces cas, on doit reconnaître que l'hémostase par la ligature des hypogastriques est un progrès sérieux. L'initiative du procédé revient à Giordano, qui fut amené à le pratiquer, en faisant l'exérèse des ganglions de la région.

Cette innovation très appréciable, en diminuant beaucoup l'hémorragie opératoire, permet la longueur de cette intervention, en l'excusant, car elle évite une cause de choc, toujours appréciable, surtout chez les cancéreux déjà affaiblis.

Ce temps opératoire est quelquefois rendu difficile, aussi n'est-il pas toujours exécuté. La ligature des hypogastriques ne fut pas faite systématiquement chez toutes nos opérées. Pratiquée avec avantage chez les malades des observations II, III, V, VI, VIII, X, XI, XII, elle ne fut pas faite chez les autres malades. Mais, dans deux cas (Obs. IV et VII), l'hémorragie vint compliquer sérieusement l'opération, et on dut laisser les pinces à demeure et même des éponges ou des mèches de gaze.

L'hémostase ainsi assurée d'emblée par la ligature des hypogastriques, que complète celle de l'hémorroïdale supérieure, rend donc l'intervention plus simple, moins dangereuse ; c'est là un avantage qui, joint à celui de l'asepsie de l'intervention, a suffi pour

que Quenu fût enthousiasmé et basât là dessus toute sa technique.

Quénu, en effet, a surtout insisté sur l'*asepsie* parfaite que comportait la méthode telle qu'il la réglait. Deux temps opératoire la permettent : anus iliaque définitif et extirpation totale de l'intestin malade fermé à ses deux bouts, comme un sac clos. L'anus iliaque préalable, proposé par M. M. Pollosson, avait déjà fait beaucoup pour assurer l'asepsie de l'amputation du rectum. Mais la voie abdomino-périnéale a permis d'éviter plus sûrement encore l'infection si redoutée des chirurgiens, plus de la moitié des décès lui étant imputable.

La possibilité d'enlever le segment intestinal clos à ses deux bouts, donne donc de sérieuses garanties. Pas de chances d'infection, ni d'inoculation néoplasique au niveau des surfaces cruentées. On agit là, comme s'il s'agissait d'un kyste suppuré, on évite ainsi un premier danger immédiat d'infection, et un second plus grave encore qui est la récurrence du cancer par greffes néoplasiques.

Le chirurgien, ne se souciant plus de l'hémorragie, ayant un champ opératoire net, n'a qu'à s'occuper de la libération complète, sus et sous-péritonéale du segment intestinal fermé à ses deux bouts. Ce procédé permet, on le conçoit, une aseptie parfaite, condition sérieuse du succès opératoire.

Nous le voyons, la méthode comporte, à nos yeux, un certain nombre d'avantages : opération complète en hauteur et en largeur, hémostase prélimi-

naire efficace, exérèse minutieuse des ganglions, enfin asepsie rigoureuse.

Le gros avantage est assurément de pouvoir faire largement. L'on n'a plus à se préoccuper d'une circulation intestinale à rétablir à travers le pelvis, ni de l'avenir d'un intestin isolé au centre d'un bassin rendu plus ou moins inhabitable, si, pour être radical, on a taillé largement au milieu des vaisseaux et des plexus nerveux. Pas de tiraillements pour amener l'intestin à l'anus, ni de crainte de sutures qui lâchent. On évite, par l'anus iliaque définitif, non seulement toute souillure du champ opératoire, mais, ultérieurement, toute irritation locale due aux fèces, cause probable des récidives *in situ*, dans des tissus épargnés par le bistouri, mais, histologiquement, en état de moindre résistance.

Tous ces avantages, de nombreux chirurgiens les ont accordés à la méthode. Mais cette approbation n'est pas unanime, car quelques-uns ont cherché à restreindre ses indications, d'autres ne lui ont pas épargné des critiques plus graves. Ces critiques visent la complexité de l'opération, sa gravité et l'infirmité qu'elle nécessite : l'anus iliaque définitif.

Sa complexité n'est pas un argument qui se retourne contre elle ; au contraire, elle prouve son souci d'extirper largement et complètement, ce qui est le premier principe de la chirurgie cancéreuse. Puis, enfin, une intervention se juge surtout par ses résultats et non par la difficulté plus ou moins grande de sa technique.

On lui a reproché aussi sa gravité : nous discuterons ultérieurement les statistiques publiées.

On a fait valoir contre elle la nécessité fréquente d'une résection intestinale trop importante. Chez nos opérées, les résections furent respectivement de 19, 25, 27, 30, 30, 31, 35, 36, 38, 46, et même 59 centimètres, chez la malade de l'observation III. Or, dans ce dernier cas, les suites opératoires furent simples, la malade s'étant remontée rapidement. Disons, à ce sujet, que nos opérées n'eurent pas trop de shock, et qu'on n'eut jamais à regretter une intervention trop large. Reconnaissons, que si c'est là un avantage d'enlever largement, ce qui est naturel quand il s'agit de cancer, il ne faut pas cependant, de gaieté de cœur, faire des ablations trop larges, s'il n'y a pas d'indication absolue, surtout chez des malades affaiblis. Néanmoins, il ne faut pas oublier que, sous prétexte de diminuer l'exérèse intestinale, on crée quelquefois un anus iliaque trop bas situé et, par là, on s'expose à la coudure de l'S iliaque, et à l'occlusion consécutive.

On a reproché enfin à la voie abdomino-périnéale la suppression du sphincter et l'établissement d'un anus iliaque définitif.

La suppression du sphincter est évidemment une infériorité manifeste sur les autres méthodes. L'ingéniosité des chirurgiens s'est toujours attaché en effet, à respecter cette fonction naturelle. Quelques procédés réussirent, beaucoup échouèrent, d'autres enfin épargnèrent le sphincter, mais le laissèrent incontinent. Le siège même de l'anus iliaque fut dis-

cuté. Il est, cependant, mieux supporté par les malades que certains anus interfessiers incontinents, et couramment pratiqué aujourd'hui par les chirurgiens. De plus, en cas de récurrence, il met à l'abri des douleurs; enfin, son siège rend sa surveillance plus facile, sa propreté en est, par suite, plus facilement assurée.

Mais, au fait, quand il s'agit d'obtenir, par une exérèse large, l'ablation d'un cancer qui récidive avec une si grande facilité, ce n'est pas trop de sacrifier une fonction, en créant une infirmité, si on achète à ce prix la guérison définitive.

En dehors des cas, qui, nous le répétons, permettent nettement les opérations conservatrices, nous pensons que l'anus iliaque est, pour notre méthode, une nécessité en même temps qu'une sécurité opératoire, une garantie pour l'avenir et, somme toute, une infirmité bien compensée.

Comment se comporte cet anus iliaque, quel est son degré de continence, comment enfin les malades s'accoutument-ils de cette nouvelle situation?

Tout d'abord, immédiatement, et quelquefois pendant quelques jours après l'opération, il y a rétention complète, avec parfois des signes plus ou moins complets d'occlusion intestinale. Il s'agit, soit d'atonie intestinale post-opératoire, d'un mauvais cheminement des matières, soit d'adhérences, coudant quelquefois l'intestin. Le seul homme opéré de notre série est mort d'accidents d'occlusion (Obs. VIII). Deux autres malades eurent, les premiers jours qui suivirent l'opération, des accidents de sub-occlusion

(Obs. VII et X). Finalement, vers le cinquième jour, les matières suivirent régulièrement leur nouveau cours.

Ultérieurement, les malades qui, au début, n'éprouvaient pas de besoin, ou le ressentait au périnée, l'éprouvent à nouveau, annoncé par des coliques. Après des alternatives de constipation et de diarrhée, la fonction intestinale devient plus régulière.

Les malades alors, en surveillant attentivement leur régime, arrivent à régler leurs selles, les provoquent au moment voulu et peuvent, sans être souillées, faciliter l'évacuation des matières. Pour les périodes de diarrhée, elles peuvent, avec certaines dispositions, en éviter les inconvénients, l'incontinence existant évidemment pour les gaz et les matières diarrhéiques.

A ce sujet l'étude de quelques-unes de nos observations est particulièrement instructive.

Mme V... (Obs. I) est revue huit ans après son opération. Excellente santé. Naturellement constipée, elle ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours. Elle prend le soir deux cascarines, le lendemain matin, elle a, en l'espace d'une heure, trois ou quatre selles. Elle est prévenue par des coliques qui lui font prendre ses dispositions. Les autres laxatifs, comme l'huile de ricin, ne préviennent pas de l'apparition des selles, et celle-ci se prolongent plus longtemps. Les gaz ne la gênent pas, elle les sent venir, en bougeant elle peut dissimuler un bruit léger.

Mme C... (Obs. IX) est revue quinze mois après

son opération. Excellente santé. Digère bien. Va à la selle tous les deux ou trois jours spontanément. Porte un bandage de corps qui soutient quelques petits linges placés sur l'orifice iliaque et qu'elle peut remplacer à volonté. Les jours où elle a la diarrhée et la nuit, elle emploie un entonnoir en verre, à orifice large, et taillé en biseau s'adaptant parfaitement à la paroi abdominale, qui l'empêche de se souiller. Se règle par le régime.

Mlle J... (Obs. IV) peut, pendant seize mois, continuer sa profession de domestique, sans que son entourage se doute de son infirmité.

Mme F... (Obs. VI) a des selles régulières, sans laxatifs. Santé excellente, enthousiasmée de son opération.

Enfin, la plupart des autres malades ont eu un fonctionnement régulier de leur anus iliaque.

On peut expliquer cette continence, plus ou moins complète, soit par la formation d'un nouveau sphincter, soit plutôt par une bonne hygiène post-opératoire, et à l'habitude de l'intestin.

Elle n'est cependant pas la règle. Elle est quelquefois relative; d'autres fois c'est l'incontinence qui existe. Quénu (1), à propos de cette continence des anus artificiels, cite la statistique de Krönlein où nous voyons la continence relative dans la proportion de 76 p. 100, la continence absolue dans la proportion de 3 p. 100, et enfin, sur 17 cas, une seule fois l'incontinence complète. Kœnig aurait obtenu

(1) QUÉNU. — Chirurgie du Rectum, p. 322.

21 p. 100 de continence absolue, 37 p. 100 de continence relative et 42 p. 100 d'incontinence complète.

Différents procédés chirurgicaux ont cherché à obvier à cette incontinence, soit en entourant le nouvel anus d'un sphincter de fibres musculaires, soit en pratiquant la torsion de l'intestin avant de le fixer.

Quoi qu'il en soit, la continence influe gravement sur l'état mental des malades, qui supportent ainsi plus facilement une infirmité dès le début redoutée.

Nous voyons, en effet, des malades (Obs. I, VI) attristées, faire de la neurasthénie après leur opération, puis, ultérieurement, à mesure qu'elles reprenaient leur vie active, supporter vaillamment cette épreuve nécessaire. Car la continence est pour beaucoup dans l'enthousiasme de quelques opérées (Obs. I, VI, IX) qui pouvaient, comme auparavant, vaquer à leurs occupations journalières, mener une vie normale, souvent pénible. Une malade (Obs. IV) réussissait même à cacher à tous son infirmité et conservait ainsi sa place de domestique !

Nous concluons donc que l'anūs iliaque est plus continent et mieux supporté qu'on pourrait le croire.

Grâce aux principes d'une hygiène attentivement suivis, grâce à un régime spécial basé sur l'observation, les malades régleront leurs selles sans être incommodés.

La constipation sera justiciable de certains laxatifs qui, provoquant des coliques plus ou moins violentes, préviennent les malades et provoquent des selles groupées, en un assez court espace de temps.

De plus, des lavements pris le matin avec une grande canule pourront vider l'intestin pour la journée. Le grand souci des malades est, en effet, de provoquer les selles au moment voulu, pour que leur vie journalière ne soit pas troublée.

Pour les périodes accidentelles de diarrhée, outre les moyens médicamenteux, on pourra employer certains appareils à récipient.

En tous cas, une propreté minutieuse de l'anus, rendue facile par son siège, et le port continuuel d'un bandage à pelote à ressort élastique, *seront de règle*.

Les malades guéries se plient facilement aux exigences de cette infirmité, qui est le prix, le sacrifice nécessaire d'une opération qui, grâce à la voie abdomino-périnéale, leur assure une guérison peut-être définitive.

CHAPITRE IV

Résultats

La gravité bien connue du cancer du rectum, son évolution rapidement fatale, expliquent les tentatives réitérées des chirurgiens dirigées contre lui, et les nombreuses opérations radicales proposées tour à tour, malgré la mortalité assez élevée qu'elles comportaient.

La fréquence énorme des récidives, même dans les statistiques les meilleures, a fait récemment chercher d'autres méthodes ; le procédé par la voie combinée est venu et, avec lui, l'espoir, la prétention de réduire le chiffre si élevé des insuccès.

On a reproché à cette méthode nouvelle, et en particulier à la voie abdomino-périnéale qui seule nous importe, son caractère de gravité, que ne compenseraient pas les garanties de survie qu'elle offre.

Nous allons étudier ces critiques et envisager tout

d'abord la mortalité opératoire qu'elle comporte, en la comparant à celle fournie par d'autres méthodes.

La statistique de Kocher (méthode coccy-périnéale) donne 48 cas avec 10 morts opératoires, soit une mortalité de 14,58 %.

La statistique de M. Delore (méth. de de Lisfranc améliorée) portant sur 19 cas, donne une mortalité de 10,5 %.

Enfin, citons, en Allemagne, la statistique de Kraske (1897), portant sur 110 malades, avec 7 morts, soit 8,75 %.

Celle de Krönlein, citant 640 cas, tirés de 10 cliniques allemandes et de la sienne propre, admet une mortalité de 19,4 %.

En résumé, les interventions radicales sur le rectum, avec les différents procédés : Lisfranc, Kocher, Kraske, entraînent une mortalité qui paraît être en moyenne de 15 p. 100.

La méthode abdomino-périnéale est-elle plus meurtrière que les précédentes ?

Manuel, dans sa thèse, présente, en 1904, une série de 46 amputations du rectum par la voie abdomino-périnéale, avec 19 morts, soit une mortalité globale de 41,35 %.

On y compte 23 femmes avec 3 morts, et 21 hommes avec 14 morts. La mortalité est donc, chez l'homme, de 66 % et chez la femme de 15 %.

Retenons ce dernier chiffre, évidemment comparable à ceux donnés par d'autres statistiques.

Mais il convient de remarquer qu'il s'agit, là, d'une méthode récente, que les 46 observations de la thèse

de Manuel ont été fournies par 24 chirurgiens différents qui, pour la plupart, publiaient leurs premiers cas, à un moment où la méthode et leur technique personnelle n'étaient pas encore bien fixées.

En fait, si on analyse ces observations par ordre d'ancienneté, on constate manifestement un abaissement progressif de la mortalité.

Cela restreint singulièrement la valeur du chiffre élevée de 41 pour 100, qui n'est plus actuellement, l'expression exacte de la véritable mortalité imputable à la voie abdomino-périnéale.

Nous n'avons pu réunir, depuis 1904, un nombre de cas suffisant pour établir un nouveau pourcentage. En adoptant même le chiffre fourni par Manuel qui indique, chez la femme, une mortalité de 15 pour 100, nous constatons que la voie abdomino-périnéale n'est pas plus meurtrière chez la femme que d'autres méthodes empruntant la voie périnéale seule.

De plus, nos observations donnent une statistique personnelle de 11 succès sur 11 cas chez la femme. Cela prouve de façon évidente que, dans ce cas, cette intervention ne mérite pas le reproche de gravité qu'on lui a adressé.

Nous pouvons donc conclure, en tenant compte des 23 observations de Manuel, des différents cas publiés depuis 1904, et de notre statistique personnelle, que la mortalité, chez la femme, imputable à la voie abdomino-périnéale, ne doit certainement pas être au-dessus de 10 pour 100.

Nous avons jusqu'ici laissé de côté l'étude de l'application de la méthode chez l'homme. Il est de toute

évidence que la gravité de l'intervention, dans ce cas, est singulièrement accrue.

M. Quénu (1), en publiant, en 1899, une première statistique, donne, sur 16 cas, 7 interventions chez l'homme qui toutes aboutissent à la mort. C'est donc une mortalité de 100 p. 100. Aussi faisait-il les plus grandes réserves sur le pronostic et les indications de l'opération chez l'homme.

Ils'expliquait ainsi : « Le temps de séparation d'avec la prostate est délicat, souvent difficile ; les fautes opératoires plus fréquentes, les chances de contamination plus nombreuses » . Chez la femme, au contraire : « Le bassin est plus large, moins élevé, le promontoire plus dégagé du petit bassin, les iliaques plus faciles à lier, la dénudation du rectum s'opère plus aisément par en haut. La réparation, la péritonisation des surfaces cruentées, intra-pelviennes en particulier, est grandement facilitée par la présence de l'utérus et des ligaments larges » .

M. Gross (2), ultérieurement publie une autre statistique. Sur 10 cas qu'il signale, il constate deux cas heureux (Gross-Jonnesco). La mortalité est donc de 80 p. 100. Frappé de la facilité de l'opération, M. Gross réagit contre la tendance de M. Quénu à abandonner l'abdomino-périnéale chez l'homme. Les opérations et les statistiques postérieures à son travail lui donnèrent pleinement raison.

(1) QUÉNU. — Chirurgie du rectum, t. II, et *Bull. et Mém. Soc. chir.* Paris, 1902, p. 185.

(2) GROSS. — *Revue médicale de l'Est*, 1903.

Si, dans la thèse de Manuel, la mortalité est encore de 66 p. 100 chez l'homme, il n'y a pas lieu de considérer ce chiffre comme représentant exactement la gravité actuelle de l'intervention.

Rotter (1), par une méthode un peu différente (voie abdomino-coccygienne) et, semble-t-il, plus meurtrière que l'abdomino-périnéale, perd seulement 8 hommes sur 19, soit 42 o/o.

Quoiqu'il en soit, et malgré quelques cas heureux récents (Hartmann, Quénu), il n'est pas niable que la gravité de l'abdomino-périnéale est plus grande chez l'homme que chez la femme.

Est-ce à dire que cette intervention doive être abandonnée ?

Nous estimons que non. Car tous les cas malheureux ne relèvent pas d'une cause unique, mais bien d'une série de fautes évitables, avec une technique appropriée, perfectionnée.

Nous regrettons de n'avoir qu'une observation chez l'homme. M. Goullioud est, d'ailleurs, convaincu que la gravité actuelle de l'intervention n'est que passagère et que les chirurgiens triompheront des difficultés.

En résumé, la gravité de l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux est bien différente dans les deux sexes. Très élevée chez l'homme, elle tend progressivement à s'abaisser ; il y a tout lieu d'espérer qu'avec une technique bien réglée, encore

(1) ROTTER. — *Freie Vereinigung der Chirurgen*. Berlin, 14 mai 1906.

à fixer, les indications de la méthode seront considérablement augmentées.

Chez la femme, au contraire, la gravité de l'opération que nous évaluons approximativement à 10 0/0 au maximum, les 11 succès sur 11 cas obtenus par M. Goullioud, en font une intervention parfaitement recommandable aux chirurgiens.

Mais, à côté des résultats immédiats, se place l'étude très importante des résultats éloignés, qui jugent la méthode.

Nous n'avons pas la prétention de solutionner la question. La méthode est encore trop récente, les statistiques publiées trop insuffisantes pour permettre une conclusion bien établie.

M. Quénu donne, en 1902, à la Société de Chirurgie de Paris, des nouvelles de ses opérées : l'une, opérée en 1898 (14 mai) est en excellente santé plus de quatre ans après ; une seconde, opérée le 28 juin 1898 est aussi en bon état après plus de quatre ans également ; une autre est morte sans avoir présenté la moindre trace de récurrence, trois ans et demi après l'opération, elle a succombé à une attaque d'apoplexie ; une quatrième est, après trois ans, dans un état de santé satisfaisant ; la cinquième enfin, opérée en janvier 1901, est sans récurrence un an et demi après l'intervention.

Désireux de savoir ce qu'étaient devenues toutes ces malades, nous avons écrit à M. le professeur Quénu qui a bien voulu nous répondre. Nous l'en remercions vivement.

La première malade opérée par M. Quénu

(mai 1898) est venue mourir dans son service d'une hémorragie cérébrale en mai 1907, soit 9 ans après son opération. Elle ne présentait rien de particulier du côté de l'intestin. L'autopsie a été faite et on a constaté qu'il n'y avait rien ni du côté du petit bassin, ni du côté des ganglions qui longent les vaisseaux hypogastriques.

La deuxième malade, opérée en juillet 1898, va toujours très bien, et envoie de ses nouvelles chaque année.

M. Quénu ajoute que, depuis 1902, il a fait plusieurs abdomino-périnéales chez la femme avec de bons résultats.

Deux malades, opérées en 1903 et 1905, vont actuellement très bien.

Enfin, il a opéré deux hommes, dont un a guéri.

Mayo, en 1906 (*Saint-Paul Méd. Journ.*), donne une statistique portant sur les cinq dernières années. Elle comporte 19 cas avec 5 morts. Sur les 14 malades qui ont survécu à l'opération, 7 vivaient encore après trois ans. C'est donc une proportion de non récurrence de 50 %.

Étudions maintenant les résultats fournis par les 12 amputations abdomino-périnéales que nous publions, toutes pratiquées par M. Goullioud.

Éliminons de suite un cas de mort chez l'homme, mettons à part également un cas chez la femme où il s'agissait d'une lésion non cancéreuse, la malade va du reste très bien actuellement. Deux autres opérations sont trop récentes (11 et 10 mois) pour être utilisées.

Restent donc 8 cas déjà lointains, où 4 fois seulement est survenue une récurrence plus ou moins lointaine (16 mois, 19 mois, 2 ans 1/2 et 3 ans et 4 mois). Quatre autres malades ont été trouvées en bonne santé 8 ans, 4 ans 1/2, 4 ans et 2 ans après leur opération.

Nous renvoyons pour plus de détails, aux observations que nous publions et aux commentaires qui les suivent.

Nous voyons que dans notre statistique, la proportion des non récurrences après 3 ans n'est pas éloignée de 50 0/0.

C'est évidemment là un résultat bien supérieur à celui que fournit la méthode de Kocher (25 0/0 de non récurrences après 3 ans), méthode qui jusqu'ici, fournissait la meilleure statistique et donnait le maximum de chance de survie.

Nous concluons donc que la voie abdomino-périnéale, chez la femme du moins, ne fait pas courir plus de risques que tout autre méthode. De plus, malgré l'insuffisance des statistiques, avec les résultats fournis par MM. Quénu, Mayo, Goullioud, nous croyons pouvoir affirmer que cette nouvelle opération très complète, donne des chances de survie supérieures à celles que donnent les autres méthodes, et qu'elle a tenu les promesses que, rationnellement on était en droit d'espérer.

CHAPITRE V

Manuel opératoire

Le manuel opératoire suivi dans nos premières observations se rapproche beaucoup de celui de Quénu, malgré quelques modifications de détail. Mais dans les dernières interventions, il a été introduit une modification secondaire, il est vrai, que nous croyons cependant utile et souvent réalisable.

Nous décrirons d'abord le manuel opératoire habituel, car il conviendra, étant plus rapide, aux cas où il y aura intérêt à ne pas prolonger une intervention déjà fort longue, chez des malades affaiblis ou anémiés. Nous le ferons suivre d'une étude des modifications secondaires que nous croyons devoir préconiser.

Ce qui caractérise la méthode de Quénu c'est la combinaison de manœuvres abdominales et périméales pour l'extirpation du rectum en vase clos. Elle

comporte, tout d'abord, une laparotomie, la section de l'S iliaque avec établissement d'un anus iliaque définitif, puis l'extirpation périméale du rectum ; d'où trois temps opératoires, temps abdominal, temps iliaque et temps périméal.

I. — TEMPS ABDOMINAL

Laparotomie et incision iliaque gauche. —

La malade étant dans la position de Trendelenburg, on débute par une double incision, l'une pubio-ombilicale, l'autre iliaque gauche ; cette dernière destinée à l'anus iliaque définitif, doit être située à trois doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Si cette incision en est trop rapprochée, en effet, comme chez une de nos malades, il en résulte que l'appareil herniaire, toujours prescrit par nous, se déplace dans la station assise et exerce une mauvaise contention. Cette incision iliaque doit être petite, ménageant le plus possible les fibres musculaires et les plans fibreux. La laparotomie médiane, facilitant le passage de l'S iliaque à travers cette incision, permet de la faire très réduite. Il est bon, lorsque l'incision est faite, de repérer le péritoine pariétal avec quelques pinces hémostatiques. Ce repérage est de la plus grande utilité pour la confection définitive de l'anus iliaque.

L'S iliaque est ensuite attiré au dehors à travers l'incision iliaque, et sectionné entre deux pinces longuettes de Kocher. Le bout extérieur, coiffé d'une

compresse et récliné est maintenu dans l'angle supérieur de la plaie; le bout inférieur est suturé à deux plans de suture, très solidement, pour que, réduit dans le ventre, il puisse supporter, sans risquer la moindre effusion de son contenu, l'influence des efforts de traction. Cette suture est préférable à d'autres modes d'occlusion tels que : sac de caoutchouc, ligature ou pince. Le bout inférieur, ainsi parfaitement fermé, est refoulé dans le ventre.

Par l'incision abdominale, on procède alors à la libération du côlon pelvien et du rectum, ainsi transformés en un segment bien clos. Mais on débute souvent par la ligature des hypogastriques.

Ligature des hypogastriques.— La ligature des hypogastriques, employée d'abord par Giordano, de Venise, a été admise comme un temps opératoire définitif dans l'opération de Quenu.

Cette ligature, qui n'a pas été faite systématiquement dans nos observations, n'est pas indispensable. Pratiquée, les résultats en sont cependant très appréciables dans le temps périnéal. Dans quelques cas, et particulièrement dans les observations IV et VII, où on n'eut pas recours à cette ligature, il y eut une hémorragie plus forte, plus gênante pendant les derniers temps de l'opération, ce qui nécessita un tamponnement et des pinces à demeure.

D'ailleurs, cette ligature est tellement facile en général, qu'en la pratiquant on gagne du temps. La seule précaution importante est d'éviter, en libérant l'artère, de blesser la veine hypogastrique. Cette

blessuré est grave, parce que la ligature de cette veine, amène une grande gêne de la circulation veineuse pelvienne et, par suite, détermine un suintement veineux difficile à tarir.

Dans sa technique, Quenu fait un temps spécial de cette ligature, faite avant toute libération du rectum.

Pour cela, le point de repère capital est le bord inférieur du promontoire ; de chaque côté de celui-ci on sent battre, à trois centimètres de la ligne médiane, les artères iliaques internes ou les primitives, si la division n'est pas encore effectuée. A ce niveau, on incise le péritoine sur une longueur de 4 ou 5 centimètres. D'un coup de sonde cannelée, on récline la lèvre externe de l'incision péritonéale, qui se trouve réclinée en dehors, emportant avec elle l'uretère. On découvre alors l'iliaque primitive, que l'on sent battre ; on la suit et on arrive sur l'iliaque externe ; si l'on se porte un peu en dedans, on ne tarde pas à découvrir l'artère iliaque interne, que l'on lie, après s'être bien assuré qu'il ne s'agit pas de l'iliaque externe.

Ce que nous venons de dire s'applique à l'hypogastrique droite. A gauche, sa découverte est plus difficile, à cause de l'insertion du méso-sigmoïde qui cache les vaisseaux. Pour faire cette ligature, on peut procéder comme du côté droit ; c'est le moyen le plus simple, si l'on a affaire à un méso iliaque court. Si au contraire, le méso est long, on récline en avant tout l'anse oméga et l'on incise le péritoine juste au-dessous de la naissance de ce méso ; on

arrive ainsi sur les vaisseaux hypogastriques. Cette recherche est grandement facilitée par la section de l'anse sigmoïde.

Dans plusieurs de nos observations (III. V. VI. VII,) c'est en sectionnant le méso-colon pelvien et en réclinant un peu en dehors la lèvre externe de ce méso qu'on mit à nu, presque sans les chercher, les artères hypogastrique, qui se présentent ainsi au chirurgien.

Un des avantages importants, quoique indirects, de cette ligature est de mettre en évidence les uretères qui sont ainsi faciles à récliner et à éviter pendant la section du méso-pelvien, si on doit étendre un peu celle-ci.

Mais si on rencontre chez des femmes grasses, par exemple, quelque difficulté à trouver les hypogastriques, il n'y aura pas lieu de s'attarder à leur recherche.

Libération du côlon pelvien et du haut rectum. —

On détache le méso-pelvien en formant une série de pédicules, renfermant pour la plupart des vaisseaux. On sectionne ces pédicules entre deux pinces pour éviter une hémorragie inutile et tout écoulement de sang dans la cavité péritonéale. Les pinces, sont ensuite remplacées des deux côtés par des ligatures.

Chemin faisant, on aura lié, avec un soin particulier l'artère hémorroïdale supérieure.

On libère ainsi le colon pelvien et le haut rectum. On devra autant que possible se tenir contre le sacrum, pour enlever tout le tissu cellulaire pelvien

rétro-rectal où se trouvent des ganglions lymphatiques. Il en est de même sur les côtés du pelvis, dans une large zone autour du néoplasme. Les uretères étant mis à nu, on n'aura plus à redouter le seul accident possible dans cette ablation large du tissu cellulaire pelvien. On cherche à cliver ce tissu sur le plan ostéo-fibreux du bassin.

Undes grands avantages de l'amputation abdomino-périnéale est surtout dans ce fait que, n'ayant plus à se préoccuper de rétablir la continuité du tube digestif à travers le pelvis, on n'a à conserver ni tissu cellulaire pour le soutenir, ni artères pour le nourrir. On peut donc évider, pour ainsi dire, le bassin de son tissu cellulaire et, par suite de son système lymphatique tronculaire et ganglionnaire. On peut voir, à la description de pièces enlevées dans nos observations, que plusieurs fois (entre autres Obs. VI), on a trouvé, dans ce tissu cellulaire, des ganglions malades, quelque fois distants de plusieurs centimètres de la limite du néoplasme, et aussi des noyaux secondaires carcinomateux, nés probablement par diffusion du cancer hors des voies lymphatiques.

En arrivant au cul-de-sac de Douglas, on circonscrit, par une incision, le péritoine du fond du pelvis. Cette section, plus ou moins en forme de raquette, portera, chez la femme, sur la face postérieure de l'isthme utérin, au point où le péritoine devient décollable. Chez l'homme, elle se fera sur la face postérieure de la vessie. On se comporte, d'ailleurs, très différemment suivant l'étendue du néoplasme.

Le rectum et le tissu cellulaire périrectal étant

ainsi isolés dans la portion péritonéale, et même plus ou moins bas dans sa portion sous-péritonéale, on tasse l'intestin exsangue au fond du bassin, recouvert d'une forte mèche de gaze stérilisée, ou même faiblement iodoformée, qui est destinée à être ultérieurement attirée par le périnée.

Cette mèche servira autant au remplissage qu'au drainage de la large brèche, consécutive à l'exérèse.

Tel a été le *modus faciendi* dans la plupart de nos observations, mais qui ne sera pas toujours possible avec la péritonisation, plus recherchée maintenant, que lors des premières interventions.

Péritonisation. — Dans les premières interventions, on s'était abstenu de péritoniser. Le bassin restait fermé par une large mèche de gaze iodoformée. Ainsi en était-il dans les observations VII, VIII, X, où l'on a vu survenir des accidents d'obstruction et dans un cas d'occlusion mortelle.

Il est donc mieux de péritoniser autant qu'il est possible.

On utilisera pour cela ce qui reste du méso-pelvien : les lambeaux décollés du péritoine, la vessie, les ligaments larges, etc.

Mais, autant la péritonisation est facile après l'hystérectomie abdominale, autant elle peut être difficile après l'opération de Quénu, parce que l'ample côlon pelvien manque.

Aussi, M. Goullioud a-t-il, dans ses dernières observations, cherché à le conserver, comme nous l'indiquerons plus loin. Il ne put cependant le faire

dans l'observation XII, parce qu'un gros ganglion, d'ailleurs plus tard reconnu non néoplasique, lui fit sacrifier tout le côlon pelvien.

Cette péritonisation n'a d'ailleurs pas à être complète. On aura soin alors que ce soit l'extrémité inférieure de l'intestin grêle qui vienne reposer sur le nouveau bas-fond surélevé du pelvis. On se rappellera que les adhérences de l'intestin grêle ne sont graves que quand elles coudent l'intestin et surtout une anse élevée.

On ferme ensuite la plaie de laparotomie. Dans l'observation I, une suture à trois plans a donné une cicatrice parfaite. Dans la plupart des autres observations on s'est contenté d'une suture à un plan au fil métallique, à points rapprochés, moins pour gagner du temps, que pour éviter plus facilement une infection de fils perdus, à proximité d'un anus contre nature.

2. — TEMPS ILIAQUE.

Constitution de l'anús artificiel. — Sans doute, il serait plus conforme à l'asepsie de retarder l'infection des doigts que comporte la création d'un anus artificiel, en ne faisant celui-ci qu'après le temps périnéal. Ainsi fut-il fait dans notre III^e intervention.

Mais, pour abréger et éviter un changement de position, M. Goullioud procède dès ce moment à l'établissement de l'anús iliaque. Il n'a jamais eu à le regretter. Il ne croit pas non plus qu'il soit néces-

saire, comme certains auteurs l'ont recommandé, de laisser le bout sectionné de l'S iliaque, coiffé d'un sac en baudruche pour n'être ouvert que le lendemain.

Il fixe immédiatement l'anus par des points séro-séreux et des points muco-cutanés. Deux points musculo-musculaires ont l'intention de s'opposer au prolapsus intestinal.

Une compresse de gaze fixée à la peau avec du collodion protège la suture abdominale des souillures de l'anus iliaque.

3. — TEMPS PÉRINÉAL.

Ce temps est, dans l'amputation abdomino-périnéale, presque identique à ce qu'il est dans le Lisfranc large ou amélioré.

MM. Quénu et Hartman en ont admirablement précisé les détails (*Chirurgie du rectum*, t. II).

La malade est mise dans la position dorso-sacrée. Désinfection nouvelle des mains. Nettoyage de la région périnéale. Incision ovale, circonscrivant l'anus, préalablement fermé à l'aide d'une soie. On libère le rectum en sectionnant successivement les faisceaux des releveurs et les pédicules vasculaires. Bientôt, en abaissant le rectum, on arrive à sa portion supérieure, détachée par l'abdomen, et l'on sort, non ouvert, tout le segment isolé du gros intestin.

Il faut surtout avoir en vue l'ablation large du rec-

tum. C'est dire qu'il faudra très souvent se porter plus en dehors que ne le comporte cette description schématique.

En arrière, il faudra se tenir le plus possible contre le sacrum, de manière à le libérer des tissus cellulo-fibreux, y adhérent.

En avant, on s'efforcera d'éviter l'ouverture du rectum, en suivant la technique d'Hartman. Chez la femme, on peut, ou se tenir contre la paroi postérieure du vagin, ou réséquer une partie de cette paroi. Sur les côtés, il faut aller très en dehors.

Chez l'homme, on devra profiter de l'étude si bien faite des rapports du rectum et des voies urinaires, à propos de la prostatectomie périnéale, pour peler, pour ainsi dire, les voies urinaires, bulbe, portion membraneuse, espace décollable rétro-prostatique. Rechercher avec soin la clef de cet espace, le muscle recto-urétral.

On pourra entailler, s'il est nécessaire, la capsule d'un lobe prostatique, ou réséquer cette glande.

On arrive enfin, dans la cavité péritonéale, dont le péritoine a, d'ailleurs, été déjà incisé, et le rectum, déjà détaché de ses adhérences supérieures, vient, sans avoir été ouvert.

On attire après lui la gaze laissée au-dessus de lui dans l'abdomen, ou bien, de bas en haut, on tamponne lâchement l'espace vide du bassin.

L'ampleur de l'exérèse ne permet pas, en général, de pouvoir fermer la brèche périnéale par des sutures; deux ou trois points seulement tendent à en diminuer l'étendue, en avant ou en arrière.

A part l'Observation IV, où la tumeur adhéraît au coccyx, la résection de cet os n'a pas été pratiquée. Elle n'est pas nécessaire dans tous les cas, et peut être une cause de douleurs post-opératoires.

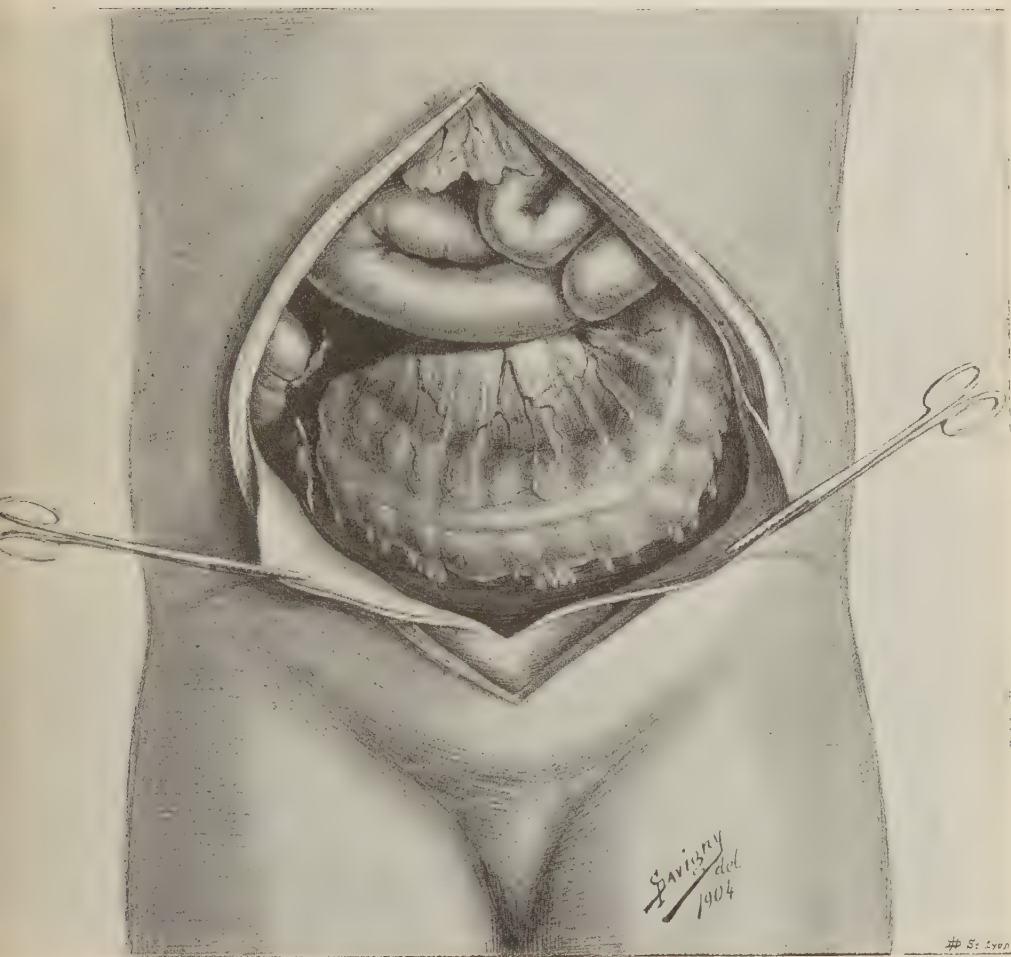
MODIFICATIONS OPÉRATOIRES

Conservation de la portion horizontale du côlon pelvien. — Une modification opératoire à laquelle nous avons déjà fait allusion, et sur laquelle M. Goullioud a appelé l'attention soit à la Société de Chirurgie de Lyon, soit au dernier Congrès français de Chirurgie, a pour but de conserver toute la portion horizontale du côlon pelvien. Il faut, bien entendu, pour cela, que le siège du néoplasme en soit très distant, et que cette conservation ne compromette en rien l'ampleur de l'exérèse. C'est ce qui fut fait dans les observations IX et XI.

Voici le manuel opératoire suivi dans l'Observation IX. Pendant le premier temps abdominal de l'intervention on a sectionné par l'incision de la laparotomie médiane, non plus l'S iliaque, mais le côlon pelvien très loin à droite, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. On conserve ainsi toute la portion horizontale du côlon pelvien. On ferme, en cœcum, les deux bouts du côlon sectionné. Puis on libère le rectum, comme il l'a été dit précédemment.

Au moment de la péritonisation, on use, pour la faire, de la portion conservée du côlon. Il pourrait

suffire, à la rigueur, pour gagner du temps, d'en pratiquer l'étalement, avec un ou deux points de



fixation. L'intestin grêle, retombant dans le pelvis, serait retenu, par cette portion du gros intestin.

Pendant le deuxième temps de l'intervention, la technique se trouve ainsi modifiée, en ce sens, qu'il a paru plus prudent de créer un anus contre nature, double, soit en constituant un éperon, soit, mieux, en sectionnant l'S iliaque, et en fixant les deux bouts dans la plaie iliaque par des sutures. L'anús supérieur sert à l'évacuation des selles; l'anús inférieur, qui bientôt s'atrophie et disparaît presque, assure l'écoulement des sécrétions de la portion conservée du côlon.

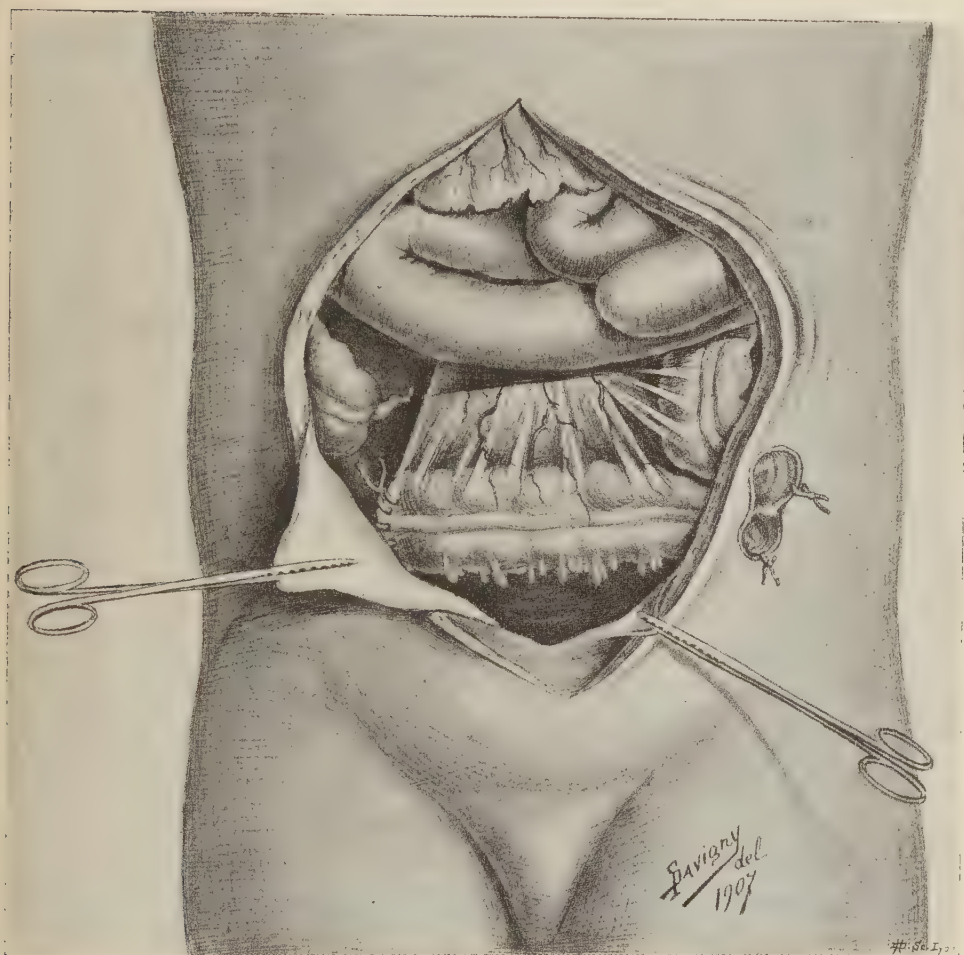
C'est là une cause de prolongation de l'intervention, qui devra être évitée chez les malades peu résistants.

Les deux malades chez qui ce manuel opératoire a été suivi, ont eu d'abord des suites immédiates simples, sans la moindre sub-obstruction et, ultérieurement n'en éprouvèrent pas le moindre inconvénient. Par suite de l'atrophie du bout inférieur, leur anus contre nature a à peu près les mêmes dimensions d'un anus iliaque ordinaire.

Peut-être pourrait-on agir un peu différemment. Tout en conservant la portion horizontale du côlon pelvien, ce serait de créer l'anús iliaque aux dépens de l'extrémité droite du côlon pelvien, si celui-ci, cependant, avait une ampleur suffisante.

Un avantage, pour ainsi dire moral, de cette conservation du côlon pelvien, est que l'on peut le considérer comme une réserve éventuelle, un espoir de restauration à froid des voies intestinales normales. Rien n'empêcherait, en effet, dans beaucoup de cas, où le cancer est loin de l'anús, de pratiquer le

temps périnéal de l'exérèse suivant la méthode coccygienne du professeur Kocher. c'est-à-dire, en



faisant non plus l'incision périnéale de Lisfranc, mais une incision, sagittale, retro-anaie avec résec-

tion du coccyx, et conservation du sphincter, au-dessus duquel on sectionne l'intestin, fermé par une pince de Kocher.

On conserverait ainsi le sphincter, en même temps que le côlon pelvien, d'où la possibilité d'un rétablissement secondaire des voies intestinales normales.

M. Goullioud n'a pas encore procédé de la sorte ; il ne faudrait pas, en tout cas, que l'étendue de l'exérèse fût modifiée par cette vue du rétablissement ultérieur des fonctions.

Nous arrivons à parler ainsi de deux méthodes spéciales : amputation abdomino-coccygiale et amputation abdomino-sacrée. Ces deux variétés de l'amputation combinée du rectum sont bien distinctes de la voie abdomino-périnéale de Quénu. Elles sortent nettement du cadre de notre étude. Nous n'y insisterons pas davantage.

De l'hystérectomie préalable. — Certains auteurs ont récemment préconisé l'ablation, systématique de l'utérus dans l'amputation abdomino-périnéale.

En 1903, M. Schwartz (Société de chirurgie de Paris) publie un cas d'ablation du rectum et du côlon pelvien avec hystérectomie totale pour un cancer du rectum avec propagation à l'utérus.

Le 24 janvier 1907, M. Tixier fait, à ce sujet, une communication à la Société de Chirurgie de Lyon. S'appuyant sur plusieurs observations qu'il publie, M. Tixier conclut que l'opération se faisant presque

toujours chez des malades en état d'obstruction, il faut exécuter l'opération en deux temps :

« Dans un premier temps, on pratique, par une laparotomie médiane, l'inspection du pelvis, on enlève l'utérus et les annexes, on établit un anus définitif ou temporaire, suivant l'étendue du segment intestinal à réséquer.

« Dans un deuxième temps, le plus souvent on se contentera d'enlever le rectum par la voie périnéale ou périnéo-vaginale, plus rarement on pourra rétablir la continuité du tube intestinal, soit par la suture bout à bout, soit par le bouton de Lardennois. Dans ce dernier cas, il ne reste plus ultérieurement qu'à fermer l'anus ».

M. Tixier termine en préconisant l'ablation systématique de l'utérus qui est nécessaire pour faire large et pour permettre parfois le rétablissement complet de la fonction.

Le 7 février 1907, à la Société de Chirurgie de Lyon, M. Albertin constatait que, chez la femme, « l'amputation abdomino-périnéale du rectum, élargit beaucoup les indications, et qu'elle doit être la méthode de choix pour tous les néoplasmes rectaux, si l'on veut tenter la cure radicale pour la recherche des ganglions élevés ».

Il préconise l'ablation préalable de l'utérus comme donnant beaucoup de jour, facilitant les manœuvres de décollement et d'isolement du rectum, rendant singulièrement facile enfin la péritonisation.

Dans nos observations, l'hystérectomie ne fut pratiquée qu'une seule fois (Obs. V), et dans des condi-

tions spéciales. Il s'agissait d'un cancer rectal adhérent à la paroi vaginale postérieure, au voisinage du col. De plus, l'utérus était fibromateux.

Dans les autres cas, M. Goullioud n'a pas pensé ou n'a pas vu d'indication à cette ablation préalable de l'utérus. Néanmoins, il n'est pas opposé du tout à cette idée nouvelle, et se promet d'y recourir quand il en reconnaîtra l'utilité.

Précautions aseptiques. — L'asepsie, dans une opération aussi longue, avec des manœuvres aussi complexes, a une importance remarquable. Il n'est pas superflu d'y insister, si l'on songe à la mortalité élevée par infection de certaines statistiques (Rotter : sur 11 décès, 7 sont dus à l'infection).

Dans cette opération complexe, les temps aseptiques et les temps septiques par contact de l'intestin se succèdent ou alternent. Il est prudent d'avoir pour chacun un jeu spécial d'instruments ; par exemple, dans le premier temps abdominal, les pinces ou ciseaux qui ont servi à sectionner l'intestin ou à le fermer en cœcum, sont mis de côté à mesure ; de même pour le surjet séro-séreux d'une suture, on ne doit pas employer les mêmes instruments que pour la suture muco-muqueuse.

Avoir une boîte spéciale d'instruments pour chaque temps serait une grosse complication. Il est beaucoup plus pratique d'avoir un aide spécial pour les fils et les instruments propres, qui ne touche jamais un instrument ayant servi, à moins qu'il ait été stérilisé au cours même de l'opération, et qui

fournit uniquement au chirurgien des instruments nouveaux. M. Goullioud proteste, pour cette raison, contre l'usage actuel de n'avoir qu'un aide. On peut ainsi sans danger passer d'une suture intestinale à l'occlusion de la plaie de laparotomie, ou à la libération du rectum.

SUITES OPÉRATOIRES

L'amputation abdomino-périnéale demande une heure et demie à deux heures, pour être terminée. On pratique l'anesthésie discontinue (1) pendant l'opération et on fait faire, au cours de celle-ci, une injection de un litre de sérum artificiel. Cette injection peut être renouvelée les jours suivants.

Les suites opératoires seront attentivement suivies. Le 3^e jour, on administre un léger purgatif et, quand la débâcle s'est produite, on reprend peu à peu l'alimentation.

Le 8^e ou 10^e jour, les mèches sont enlevées, sous anesthésie légère. On change, à partir de ce moment, les mèches tous les deux jours ; la cicatrisation se fait ainsi peu à peu.

Il ne faut pas oublier que la cicatrisation de la vaste brèche laissée par l'amputation abdomino-périnéale se fait par réunion secondaire, ce qui de-

(1) D^r ARNAUD. — De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale. Thèse de Lyon, 1905.

mande quelques semaines, et quelquefois trois ou quatre mois.

Au départ de la malade, il faut la convaincre de la nécessité de régler ses selles par le régime et de porter un bandage herniaire, élastique, pour la contention de son anus artificiel.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les méthodes d'exérèse du rectum cancéreux, une large place doit être faite à l'amputation abdomino-périnéale.

II. — Elle s'impose dans quelques cas :

Cas où le cancer est très haut situé, et cependant non justiciable d'une entérectomie abdominale, qui nécessite que l'exérèse laisse les deux bouts de l'intestin pourvu de péritoine.

Cas où la tumeur est trop volumineuse pour être abaissée par le périnée.

Cas où des adhérences haut situées, à l'utérus par exemple, nécessitent des manœuvres abdominales.

III. — Elle peut être adoptée comme méthode générale d'exérèse de la plupart des cancers du rectum, cliniquement extirpables, quels que soient leur siège ou leur forme. C'est ce qui ressort de l'exposé de nos observations.

IV. — Cette manière radicale d'opérer trouve sa légitimité dans la fréquence de la récidence après les opérations plus conservatrices (75 p. 100, après trois ans dans la statistique du professeur Kocher, une des meilleures).

V. — Cette méthode est, en effet, plus large que les autres, car elle ne cherche pas à rétablir une continuité de l'intestin entre l'S iliaque et l'anus.

C'est là sa supériorité véritable.

VI. — Elle offre une grande sécurité opératoire du fait de la ligature des hypogastriques, de la dérivation complète des matières et de la possibilité d'extirper le segment intestinal lésé, clos à ses deux bouts.

D'où sa faible mortalité, malgré sa complexité : 11 succès sur 11 cas chez la femme ; un cas de mort chez l'homme. Mais une réserve doit être faite pour l'application de la méthode chez l'homme ; l'on peut considérer cette question comme encore à l'étude.

VII. — L'infirmité due à l'anus iliaque définitif n'est pas aussi pénible qu'on le suppose *a priori*, si l'opérée n'est pas sujette à la diarrhée, et surtout si elle porte un bon bandage herniaire comme organe de contention de l'anus artificiel.

VIII. — La conservation de la portion horizontale du côlon pelvien, proposée par M. Goullioud, aurait comme avantage de faciliter la péritonisation du bassin. Elle aurait aussi, en laissant une réserve nécessaire, celui de laisser l'espoir d'une restauration ulté-

rieure à froid des voies intestinales inférieures, surtout si l'exérèse périnéale a été faite suivant la technique de Kocher, avec conservation du sphincter externe.

IX. — Quant à la récurrence qu'il s'agit surtout d'éviter, la méthode est encore trop jeune pour que sa valeur soit manifeste à ce point de vue. Cependant nos huit premières opérations, datant de 8 ans à 2 ans, nous donnent quatre cas avec récurrence comportant des survies de 16 mois, 19 mois, 2 ans et demi, 3 ans et 4 mois, et quatre cas sans récurrence après 2 ans, 4 ans, 4 ans et demi et 8 ans. Deux nouvelles opérations datant de 11 et 10 mois, sans récurrence, sont trop récentes pour être utilisées.

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

HUGOUNENQ. ®

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} novembre 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CZERNY. — 1883 ; in thèse Finet, Paris, 1896.
- GAUDIER (de Lille). — 1896, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, et Revue de gyn. et chir. abd.* 1897.
- CHALOT. — 1896, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.*
- GIORDANO. — 1896, *Clinica Chir.*, Milano.
- P. BERGER. — 1897, 11^e Congrès français de Chirurgie. Paris, 1897.
- REVERDIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897,
- J. BÖCKEL. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1897,
- LANELONGUE. — *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1898.
- QUÉNU. — 1896, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*. Du choix du procédé opératoire dans l'extirpation du cancer du rectum, *Presse Méd.*, 1897, n^o 50. — 1898. De l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, p. 706 et 717. — 1901, Extirpation abdomino-périnéale d'un cancer du rectum, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1901, p. 185. — 1902. Les résultats éloignés sur l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale chez la femme, *Bull. et Mém. Soc. d Chir. de Paris*, 1902, p. 815.

QUÉNU et HARTMANN. — 1896, *Chirurgie du rectum*.

PYLE. — 1899, *New-York med. Record*.

GOULLIoud. — 1900, Cancer invaginé recto-sigmoïde. Résection de l'intestin par voie périnéo-vaginale. Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale ultérieure, *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1900, p. 85-90.

Discussion : VILLARD et DURAND. — 1903, Amputation abdominale-périnéale du rectum, *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*. — 1903, Amputation abdomino-périnéale du rectum, *Lyon Médical*, 1903, p. 672-678. — 1904, Amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux, *Bull. de la Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 1904. — 1904, Amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux, *Lyon Médical*, 24 et 31 juillet 1904.

PARAMANANDA-MURIADASSOU. — 1899, Contribution à l'étude de l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale, thèse de Bordeaux, 1899.

JONNESCO. — 1900, Extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1900, p. 771-774. — 1902, id., *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bukarest*, 1902, p. 88-89.

BERGER. — 1901, Sur la technique et les résultats de l'extirpation du rectum cancéreux, à propos de la communication de M. le Dr Quénu sur l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1901, p. 194-198.

JEANNEL. — 1901, Extirpation abdomino-périnéale du rectum cancéreux, *Arch. méd. de Toulouse*, 1901, p. 385-388; *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1901, p. 321-331.

RICHE. — 1902, Ablation abdomino-périnéale du rectum (Rapport par M. Hartmann), *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1902, p. 877-881.

GROSS. — 1903, Cancer du rectum. Extirpation abdomino-périnéale, *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1903, 321-325, p. 537.

- DURAND. — 1903, *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1903 ;
et *Lyon Médical*, 1903.
- FAYSSE. — 1904, Amputation abdomino-périnéale du rectum,
Lyon Médical, 8 mai 1904.
- MANUEL. — 1904, De l'extirpation du cancer du rectum par
la voie combinée, thèse de Nancy, 1904.
- SCHWARTZ. — 1903, Ablation du rectum et du colon pelvien
avec hystérectomie totale pour un cancer du rectum avec
propagation à l'utérus. *Soc. Chir. Paris*, 1903.
- ITO et KUNIKI. — *Deutsche Zeitschrift*, 1904, p. 228. Zur
Kombinierten Exstirpation der mastdarmkarzinome bei
Männern.
- GOULLIoud et FAYSSE. — Amputation abdomino-périnéale du
rectum cancéreux. *Revue de Chirurgie*, 1905.
- VILLARD. — 1905. De l'extirpation trans-anaie du rectum
cancéreux avec conservation du sphincter, *Soc. Chir. de
Lyon*, 1904. *Lyon Médical*, 1905 et thèse Chardon, 1906.
- GOULLIoud. — 1906. Cancers viscéraux et cancer de l'ovaire.
Soc. chir. Lyon, 1906 et *Lyon Médical*. 1907.
- HARTMANN. — 1906. Cancer recto-sigmoïdien. Amputation
abdomino-périnéale du rectum. Guérison. *Soc. chir.
Paris*, novembre 1906.
- MARTIN DU PAN. — 1906. Contribution à l'étude du cancer
du rectum. Son traitement. *Revue de Chirurgie*, 1906.
- J. MAYO. — *Saint-Paul, Med. Journ.*, avril 1906. Cancer of
the rectum.

Zentralblatt für Chirurgie, 1906 :

- KRASKE. — P. 677. Die abdomino-sakrale. Resektion des
rektums.
- PETERMANN-ROTTER. — Frei Vereinigung des chirurgens,
Berlin (14 mai 1906).
- KRASKE. — Ueber die weitere Entwicklung der operation
hochsitzender mastdarm Krebs. Diskussion, p. 107.
- BRUNING. — Ein Beitrag zur diagnose und operation der
hochsitzenden mast darmkarzinome.

DELORE et CHALIER.— 1907. De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. *Revue de Chirurgie*, 1907.

ALBERTIN.— Amputation abdomino-périnéale. *Soc. Chir.* et *Lyon Médical*, 1907.

TIXIER.— Cancer du haut rectum et du bas côlon pelvien. Considérations thérapeutiques. *Soc. Chir.* et *Lyon Médical*, 1907.

GOULLIoud.— Amputation abdomino-périnéale. Modification opératoire. Résultats éloignés, *Soc. Chir.* et *Lyon Médical*, 1907.

1. Société chirurgicale et *Lyon Médical*, 1907.

Discussion : M. Tixier et M. Gangolphe.

2. Congrès français de chirurgie, 1907.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Observations	19
CHAPITRE III. — Discussion de la méthode.....	84
CHAPITRE IV. — Résultats	96
CHAPITRE V. — Manuel opératoire.....	104
CONCLUSIONS	123
BIBLIOGRAPHIE	127
